

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TATIANA SCHEUER BECKER

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS PROCURAS NÃO URGENTES
A UM PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO:
PERSPECTIVA DO USUÁRIO

CURITIBA

2019

TATIANA SCHEUER BECKER

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS PROCURAS NÃO URGENTES
A UM PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO:
PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Pediatria Geral.

Orientadora: Profa. Dra. Débora Carla Chong e Silva

CURITIBA

2019

B396 Becker, Tatiana Scheuer

Diagnóstico situacional das procuras não urgentes a um pronto-socorro pediátrico : perspectiva do usuário [recurso eletrônico] / Tatiana Scheuer Becker. – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Débora Carla Chong e Silva

1. Medicina de emergência pediátrica. 2. Serviços médicos de emergência. 3. Medicina de emergência. I. Silva, Débora Carla Chong e. II. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLMC: WB 105

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB 9/991



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Programa de Pós-Graduação em Saúde
da Criança e do Adolescente – PPGSCA

TERMO DE APROVAÇÃO

A Banca designada pelo Colegiado do Programa, APROVOU a Dissertação de Mestrado de **TATIANA SCHEUER BECKER** intitulada: “Diagnóstico situacional das procuras não urgentes a um Pronto-Socorro pediátrico: Perspectiva do usuário”.

A Mestranda pode dar continuidade nos trâmites legais conforme o Regimento do Programa.

Curitiba, 09 de dezembro de 2019.

Profa. Dra. Debora Carla Chong e Silva

Professora adjunta- IV do Departamento de Pediatria/UFPR – Orientadora

Prof. Dr. Victor Horacio de Souza Costa Junior

Professor do Curso de Medicina da Universidade PUC/PR

Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva /UFPR

Profa. Dra. Solena Ziemer Kusma Fidalski

Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva/UFPR

Dedico este trabalho a minha família, especialmente aos meus pais, por sempre me incentivarem na busca de educação e de conhecimento. Ao meu amado marido, por estar sempre presente ao meu lado com apoio, correções e incentivos ao longo do trabalho e da vida. Por fim, dedico à saúde e à educação públicas, que foram os motivadores para a realização deste trabalho e que representam os pilares para uma sociedade justa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Dra. Débora Chong, por ter aceitado a ideia do estudo e pelo acompanhamento e suporte durante sua realização.

Agradeço também às enfermeiras do serviço de triagem do Hospital Pequeno Príncipe que me acolheram com carinho e deram suporte para a realização da coleta de dados do trabalho. Aos demais responsáveis pelo pronto-socorro do Hospital Pequeno Príncipe que me auxiliaram no estudo com o fornecimento de informações necessárias e estando sempre prestativos a ajudar, muito obrigada.

Aos professores que foram bancas de qualificação e de defesa, pela avaliação da dissertação com contribuições e conselhos, Dra. Solena Kusma Fodalski, Dra. Regina Vieira Cavalcante da Silva, Dr. Tony Tahan, Dr. Victor Horacio Costa Junior e Dr. Deivisson Dantas dos Santos.

Por fim, agradeço aos participantes do estudo pela aceitação e disponibilidade para responder perguntas em um momento angustiante, ao estarem em um pronto-socorro com uma criança aguardando atendimento.

RESUMO

A função dos serviços de prontos-socorros (PS) é a de prover atendimento aos pacientes com situações de urgência e emergência. Entretanto, causas não urgentes, queixas crônicas e até situações consideradas eletivas têm sido frequentes entre os pacientes atendidos nos PS pediátricos. Esta procura é crescente nos últimos anos, chegando a estimativas de 50% dos atendimentos realizados. O uso inadequado dos PS traz consequências como tempo de espera prolongado para atendimento, insatisfação dos pacientes e profissionais, descontinuidade dos cuidados de saúde e também aumento de custos ao sistema. A compreensão das motivações dos cuidadores das crianças ao escolherem o PS como local de atendimento, assim como de seus entendimentos de saúde e do funcionamento do sistema de saúde são fundamentais. Este estudo tem como objetivo principal descrever as razões que levaram pacientes pediátricos ao PS de um hospital de referência por quadros classificados como não urgentes. Trata-se de um estudo observacional descritivo, sendo que a coleta de dados foi realizada em um PS de hospital exclusivamente pediátrico de Curitiba entre setembro e novembro de 2018. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados direcionado aos responsáveis pelos pacientes triados como casos não urgentes, conforme protocolo de classificação de risco adotado pelo hospital. A amostra constituiu-se de 168 participantes. A mediana de idade foi de 3 anos e o sexo masculino correspondeu a 53,9% da amostra. Mais da metade dos pacientes não residia em Curitiba (57%). A procura prévia a outros níveis de atenção em saúde ocorreu por 63% dos entrevistados, principalmente às UPAS (41%) e UBS (15%). O principal motivo citado como razão de procura foi “ter o hospital como referência de resolutividade e confiança”. Febre foi a principal queixa de saúde citada (25%), seguido de tosse (13%) e vômitos (9%). A maioria (68%) dos responsáveis entrevistados classificaram os quadros como urgências. Em relação à educação em saúde, 63% dos responsáveis afirmaram não ter recebido orientações sobre sinais de alarme na criança previamente, enquanto 83% não haviam recebido informações sobre diferenças entre os níveis de atenção em saúde. A maioria das procuras ao PS foi constituída por causas não urgentes (66,7%), diferente do que se preconiza na organização do sistema de saúde. A partir dos resultados, foi demonstrada que a compreensão das razões de procura ao PS deve ser avaliada conjuntamente ao contexto social, de educação e de acesso à saúde dos usuários. O estudo sugere a necessidade de melhorias em estrutura física e de pessoal nos serviços de menor complexidade, bem como incrementar a educação em saúde da população.

Palavras-chave: Medicina de emergência pediátrica. Serviços médicos de emergência. Pronto-socorro. Pediatria. Consultas não urgentes.

ABSTRACT

An emergency department's (ED) function is to provide care for patients with urgency or emergency health conditions. However, non urgent causes, chronic conditions and even elective health care status have been frequent in pediatric emergency departments. This kind of ED usage is shown to be growing up in recent years, reaching estimates of 50% of the appointments. The inappropriate ED usage leads to some consequences, such as longer waiting time to appointments, dissatisfaction from professionals and patients, health care discontinuity and higher expenses to the system. Understanding caregivers' reasons to choose ED as a place for children care, as well as their health issues and health system comprehension is essential. This study aimed to verify the reasons that lead caregivers to take pediatric patients to the ED of a reference hospital for non urgent reasons. It is an observational descriptive study with data collection performed in a pediatric emergency department in Curitiba between September and November 2018. A data collection instrument was directed to those responsible for patients who were screened as non urgent cases, according to the risk classification protocol adopted by the hospital. The sample consisted of 168 participants. The median age was 3 years and the male sex corresponded to 53.9% of the sample. More than half of the patients did not live in Curitiba and 63% had sought prior care before going to the ED, mainly to UPAS (41%) and UBS (15%). The main reason cited for the search of the ED was "to have the hospital as a reference of resolutivity and trust". Fever was the main health problem cited (25%), followed by cough (13%) and vomiting (9%). Most caregivers (68%) assessed their child's current condition as an urgency. Regarding to caregivers' health education, 63% reported not to have received information about alarming childhood symptoms, while 83% did not receive information about the differences among health care organization. The majority (66,7%) of the visits to ED was constituted by non urgent causes, what is not expected considering public health organization. From the results, it was shown that understanding the reasons to ED search should be analyzed in conjunction with social context, users' educational and health system access. The study suggests a necessity of improvement in structural and people related issues in low complexity health care centers as well as direct efforts regarding health education.

Keywords: Pediatric emergency medicine. Emergency medical services.
Emergency department. Pediatrics. Non-urgent use.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	-	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	28
FIGURA 2	-	PROCEDIMENTOS DE ESTUDO	36
GRÁFICO 1	-	MOTIVOS DE PROCURA AO PS	40
GRÁFICO 2	-	RAZÕES DE INSATISFAÇÃO COM ATENDIMENTO PRÉVIO.....	42

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	-	CARACTERÍSTICAS DOS ACOMPANHANTES	38
TABELA 2	-	CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES	39
TABELA 3	-	CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS	41

LISTA DE SIGLAS

APS	-	Atenção Primária à Saúde
CEP	-	Cômite de Ética e Pesquisa
HPP	-	Hospital Pequeno Príncipe
PS	-	Pronto-Socorro
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVOS	16
1.1.1	Objetivo geral	16
1.1.2	Objetivos específicos	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	TRIAGEM / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	18
2.2	CONSEQUÊNCIAS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO INADEQUADA DOS PRONTOS-SOCORROS	20
2.2.1	Consequências aos usuários	21
2.2.2	Consequências aos profissionais e ao sistema	22
2.3	MOTIVOS DAS PROCURAS	23
2.3.1	Dificuldade de acesso à atenção primária	23
2.3.2	Vantagens na utilização do pronto-socorro	24
2.3.3	Visão de urgência / Deficiência de educação em saúde	25
2.4	SUS E SISTEMA DE SAÚDE MUNDIAIS	26
3	MATERIAL E MÉTODOS	30
3.1	TIPO DE ESTUDO	30
3.2	HIPÓTESE DE ESTUDO	30
3.3	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	30
3.4	POPULAÇÃO FONTE	31
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	31
3.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	31
3.7	POPULAÇÃO DE ESTUDO	31
3.8	AMOSTRA E TÉCNICAS DE AMOSTRAGEM	31
3.9	VARIÁVEIS DE ESTUDO	33
3.10	PROCEDIMENTOS DE ESTUDO	34
3.10.1	Fases do atendimento da triagem	34
3.10.2	Aplicação do instrumento de coleta de dados	35
3.11	TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS	36
3.12	ANÁLISE ESTATÍSTICA	36
3.13	ÉTICA EM PESQUISA	37
3.14	MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA	37

3.15	FOMENTO PARA PESQUISA	37
4	RESULTADOS	38
5	DISCUSSÃO	44
6	CONCLUSÃO	58
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE PESQUISA	68
	APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	73
	ANEXO 1 - PARECER CEP HOSPITAL DE CLÍNICAS	75
	ANEXO 2 – PARECER CEP HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE	81
	ANEXO 3 – PRODUÇÃO ACADÊMICA	87

1 INTRODUÇÃO

Os prontos-socorros (PS) são locais destinados à assistência de usuários em situação de saúde de urgência e emergência, com estrutura e profissionais especializados para esse fim, podendo ser serviços hospitalares ou não hospitalares (ALTINO, 2017; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014). Emergências são condições de agravo à saúde que implicam sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo tratamento imediato, enquanto urgências são agravos à saúde, com ou sem risco potencial à vida, que também justificam assistência imediata (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014). Porém, apesar dos PS terem como objetivo atendimentos para as duas modalidades citadas acima, diversos estudos demonstram que em média 50% do total de consultas na população pediátrica são casos classificadas como não urgentes, problemas de saúde que poderiam receber tratamento ambulatorial em nível de atenção primária (KOVACS et al., 2005; CACCIA-BAVA et al., 2011; STURM et al., 2014; WONG et al., 2015).

Estudos têm demonstrado uma tendência mundial de aumento da utilização dos serviços de urgência e emergência como primeira opção de procura de atendimento pelos pacientes, com crescimento nas áreas adulta e pediátrica. Um estudo norte-americano demonstrou que, entre 1996 e 2006, foi registrado um aumento de 36% no número total de atendimentos, sendo que pacientes pediátricos (de 0 a 18 anos) representaram aproximadamente 25% do total dessa demanda. A elevada frequência de utilização dos serviços de PS é intensificada por um acesso pendente para condições não urgentes (VEDOVETTO et al., 2014; ALTINO, 2017).

A ocorrência da procura direta aos hospitais por parte dos usuários para atendimentos não urgentes sobrecarrega esses serviços, com repercussão aos profissionais da saúde e preocupação aos gestores do sistema (RATI et al., 2013). Dentre as consequências do aumento de procura aos PS estão: tempo de espera prolongado (com insatisfação dos acompanhantes, das crianças e também da equipe médica que trabalha sobrecarregada) (VEDOVETTO et al., 2014; RAFAEL et al., 2017); descontinuidade dos cuidados de saúde, uma vez que o atendimento em PS é pontual e não realiza seguimento (VEDOVETTO et al., 2014); aumento de custos para todo o sistema (PHELPS et al., 2000), entre outros.

Para além disso, a visão da população sobre casos de urgência e emergência parece ser baseada em múltiplos fatores subjetivos, culturais e sociais, junto às vivências pessoais (RATI et al., 2013). Embora haja definições técnicas para urgência e emergência, esses autores indicam que a população usuária possui definições próprias que acaba por gerar a procura por

esse serviço. Assim, parece haver uma divergência entre o que é urgência para a mãe ou acompanhante e o que é para o profissional de saúde e gestores.

Outro ponto importante para análise da situação dos pacientes em situação não urgente é a avaliação da forma de estruturação e de assistência do SUS. O sistema pretende que a população tenha acesso universal e gratuito à saúde, tendo a hierarquização dos serviços de saúde como um dos preceitos fundamentais, prevendo níveis de atenção conforme a necessidade demandada, desde básico até os mais especializados, e a intersecção desses serviços conforme a demanda do paciente exija (BRASIL. Ministério da Saúde, 1990; OLIVEIRA, 2016). Além do desconhecimento dessa organização por parte da população, há dificuldades de acesso aos serviços de atenção primária, muitas vezes por falta de médicos nas unidades de saúde, tempo prolongado de espera para consultas e deficiências nas estruturas das unidades básicas (BERRY et al., 2008). Dessa forma, o PS torna-se uma porta de entrada atrativa aos usuários, pois possui funcionamento 24 horas, profissionais especializados e exames complementares nas próprias instituições (KUBICEK et al., 2012).

Alguns dos motivos da utilização dos PS pediátricos por causas não urgentes já foram destacados em estudos internacionais, como vantagens ao ser atendido nesses locais (rapidez, solicitação de exames), visão como centros mais especializados para consulta, insatisfação com os níveis de atenção primária e grande preocupação com o estado de saúde das crianças (BERRY et al., 2008; FIELDSTON et al., 2012, WONG et al., 2015). Porém, ainda há poucos estudos acerca dos motivos que levam pais e acompanhantes a utilizarem os PS para casos não urgentes, especialmente na realidade brasileira, que tem o SUS como base de funcionamento. Alguns estudos nacionais demonstram fatores demográficos e epidemiológicos dos pacientes que são atendidos nos PS, porém raros são os que detalham as razões referidas pelos acompanhantes para levar os pacientes aos serviços de PS, quando em quadros de saúde não urgentes (KOVACS et al., 2005; ARRUE et al., 2013).

Diante da relevância do tema como questão de saúde pública, da especificidade da organização de saúde no contexto brasileiro, das diferenças sociais e culturais existentes entre os contextos dos estudos apresentados e dos poucos estudos nacionais, faz-se necessário buscar dados relativos à realidade nacional motivados pelos resultados expressivos encontrados em âmbito internacional. Conhecer a realidade social dos usuários mais frequentes ao PS pediátrico da cidade de Curitiba e região, entender suas razões de procura, qual seus níveis de entendimento das doenças das crianças e quais seus conhecimentos dos níveis de organização do SUS são fundamentais e justificam a motivação do estudo. Os dados obtidos servirão de base para sugerir propostas de melhoria do fluxo de atendimento nos

serviços de emergência, com foco nos demais níveis de atenção em saúde, priorizando a qualidade do atendimento e continuidade dos cuidados, além de educação em saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Descrever as razões que levam pacientes pediátricos ao PS de um hospital de referência por quadros classificados como não urgentes.

1.1.2 Objetivos específicos:

- a) relatar o perfil das crianças e adolescentes cujas razões de procura foram classificadas como não urgentes;
- b) relatar o perfil dos acompanhantes desses pacientes;
- c) descrever a procura prévia a outros serviços de saúde realizada por esses pacientes previamente ao atendimento no PS;
- d) identificar o grau de conhecimento dos acompanhantes sobre temas em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

As unidades de urgência e emergência são locais destinados à assistência de usuários quando em situações de urgência, demandando ações de atendimento rápido para aqueles sem risco de morte imediato e emergência, onde o risco de morte é iminente (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

O aumento da procura aos PS tem ocorrido tanto na clínica pediátrica quanto na clínica médica adulto em diferentes países, com aumentos significativos nas últimas décadas. Em 2006, a estimativa anual de visitas de crianças parisienses com menos de dois anos variou de 46,9 para 91,3 por 100 crianças (WONG et al., 2015). Já nos EUA, a utilização dos PS também tem crescido: o número de visitas aumentou de 96 milhões em 1995 para 119 milhões em 2006, sendo que pacientes de 0 a 18 anos corresponderam a cerca de 25% desse número total de visitas (VEDOVETTO et al., 2014). O Brasil se encaixa em panorama semelhante aos países apresentados e também apresenta procura ao PS em números crescentes. Nas últimas décadas houve um aumento constante do uso dos serviços de emergência, sendo que atualmente no país esses locais trabalham acima das capacidades máximas e com taxas de ocupação de leitos acima de 100% (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

A área de urgência e emergência constitui um importante componente da assistência à saúde e a crescente demanda por tais serviços nos últimos anos tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos PS disponibilizados ao atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do sistema de saúde público brasileiro (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

Nas unidades de PS, o acesso ocorre por referência/encaminhamento de casos por outros serviços de menor complexidade e também por atendimento “porta aberta”. Essa modalidade de atendimento permite àqueles com queixas relativas a doenças crônicas não transmissíveis e sociais - que deveriam ser atendidos pela UBS e atenção secundária - procurarem diretamente estes locais (ALTINO, 2017). Segundo Kovacs (2005), no Hospital Municipal Jesus (RJ), centro de referência pediátrica com atendimento de atenção secundária e terciária, a demanda espontânea chega a corresponder a 56,8% das crianças que buscaram atendimento. Ao se dirigirem diretamente ao PS, os pacientes muitas vezes terão longas esperas; seus filhos provavelmente passarão por mais testes e tratamentos do que passariam se atendidos pelos seus médicos de rotina; os médicos de emergência não conhecerão suas histórias médicas e geralmente não fornecerão acompanhamento clínico; e, em muitos casos, os custos com consultas e tratamentos para os pais serão maiores (WONG et al., 2015).

Entretanto, muitas dessas visitas não são emergências ou urgências verdadeiras, mas reclamações menores que poderiam ter sido tratadas nos consultórios de atendimento primário, o que é designado como não urgente (WONG et al., 2015). Dados recentes sobre frequências de consultas pediátricas não urgentes demonstram que elas representam cerca de 37% a 60% do total de visitas ao departamento de emergência nos Estados Unidos a cada ano (BROUSSEAU et al., 2007), 57,1% na Itália e 39,9% na Bélgica (WONG et al., 2015). Na realidade brasileira, não há estudo que configure um dado único do país, porém diversos estudos regionais demonstram taxas de procura não urgentes semelhantes aos internacionais. Em 1996, no PS do Hospital Municipal de Volta Redonda (RJ), foi encontrado que 66,5% das consultas pediátricas não foram de urgência/emergência (CECILIO, 1997). Em Maceió, um estudo em uma unidade de emergência apontou que apenas 16,8% das crianças e adolescentes atendidos em 1998, 2001 e 2004 apresentavam agravos adequados à complexidade oferecida pelo serviço (RATI et al., 2013). Já em PS de hospitais de Recife, outro estudo revelou que apenas 15,2% dos casos que motivaram a demanda infantil eram compatíveis com o potencial tecnológico das unidades (KOVACS et al., 2005).

2.1 TRIAGEM / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Uma causa constantemente citada nos estudos, como justificativa para as diferenças entre as frequências de consultas não urgentes entre os serviços, é a falta de padronização do que é uma não urgência (BROUSSEAU et al., 2007; VINELLI et al., 2011). Parte dos estudos cita a triagem protocolada realizada pela enfermagem na chegada do paciente ao serviço como a forma de classificação. Outra parte cita a avaliação retrospectiva a partir do diagnóstico e desfecho de condutas tomadas aos pacientes. Também são encontrados casos em que os pacientes são definidos como não urgentes conforme tenha ocorrido o uso de recursos durante a visita. Além disso, outros estudos apontam uma combinação de diversos fatores de avaliação para a caracterização da urgência da consulta (ALELE et al., 2018).

O processo de triagem hospitalar foi iniciado nos EUA, na década de 60, quando se notabilizou um crescente processo de mudança da prática médica com mais acesso aos serviços de saúde e aumento da demanda, gerando reflexos na procura pelos serviços de urgência. Essa situação levou à necessidade de classificar os doentes e determinar aqueles que necessitavam de cuidado imediato. A triagem foi o primeiro sistema formalizado de gerenciamento de risco clínico, projetada para assegurar que sempre que a demanda superar os recursos existentes, estes devem ser direcionados para os pacientes com maiores

necessidades clínicas (COUTINHO; CECILIO; MOTA, 2012).

A classificação de risco protocolada vem sendo utilizada em diversos países, inclusive no Brasil. É realizada por profissional de enfermagem de nível superior, que se baseia em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. É necessário salientar que não se trata de um diagnóstico prévio ou da exclusão de pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico. Espera-se com a triagem: identificar precocemente os pacientes com maior gravidade, priorizando seu atendimento; identificar os fatores de risco de deterioração clínica durante espera em consulta; e proporcionar o atendimento racional e escalonado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

Entre os sistemas de triagem mais aplicados no mundo, quatro podem ser destacados: *Emergency Severity Index* (ESI), *Australian Triage Scale* (ATS), *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS) e Sistema de Triagem de Manchester. Os quatro sistemas de triagens possuem algumas características em comum: identificação e separação rápida do doente em situação de risco de morte e que precisa ser atendido imediatamente dos que podem esperar com segurança o atendimento médico; separação dos pacientes em categorias de gravidade por numeração e cores; utilização da dor reportada pelo paciente como critério de classificação; e indicação de reavaliações periódicas dos pacientes enquanto aguardam atendimento médico. Além disso, vale ressaltar que os principais sistemas foram desenvolvidos para população adulta e alguns posteriormente realizaram adaptações à realidade pediátrica. O Sistema de Triagem de Manchester é um protocolo amplamente utilizado no mundo, principalmente na Europa, e começou a ser aplicado no Brasil em 2008, tendo sido ampliado e atualmente sendo importante referência para as classificações de risco no país (COUTINHO; CECILIO; MOTA, 2012).

O Ministério da Saúde brasileiro, através do Programa Nacional de Humanização (Humaniza SUS) propõe a reestruturação dos serviços de urgência e emergência, com a implantação do Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco. Orienta diretrizes para utilização desse sistema, que podem ser baseados em literatura e protocolos internacional, porém reforça a importância dos protocolos serem adaptados à realidade de cada serviço, pois isso gera maior chance de aumentar a sensibilidade e especificidade dos sistemas, constituindo também uma oportunidade de facilitação da interação entre a equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores da urgência (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

O hospital estudado adota protocolo de classificação de risco próprio, que foi elaborado em adaptação à realidade do serviço. O protocolo foi elaborado a partir de revisão de literatura e se baseia em sinais e sintomas clínicos. Preconiza a identificação precoce de pacientes com maior gravidade, com priorização de atendimento, identificação de fatores de risco e de deterioração clínica durante o aguardo pela consulta e atendimento racional e escalonado.

Seguindo esse protocolo, a triagem avalia inicialmente três sistemas vitais (respiratório, hemodinâmico e neurológico) e quatro variáveis de maior risco (cirúrgico/trauma; recém nascidos ou lactentes menores de 3 meses; rota de risco e rota de procedimentos). Com isso, o paciente é classificado de acordo com o principal sinal e sintoma clínico que apresenta, sendo que a classificação ocorre dentro da condição mais grave apresentada.

Conforme a aplicação dos critérios, os pacientes são classificados em vermelho (emergência), laranja (urgência), amarelo (rota de risco), azul (rota de procedimento) ou verde (não urgente). Os pacientes são então atendidos de acordo com a prioridade, primeiramente todos os classificados como vermelho, após todos os como laranja, na sequência, os como amarelo, azul e por fim, os verdes.

Como o PS em questão atende uma grande demanda de pacientes com comorbidades crônicas e complexidade de atendimento com fatores de risco potenciais, esses pacientes são classificados como rota de risco (amarelo). Além disso, a rota de procedimento (classificação azul) é composta por pacientes que poderiam ser atendidos em UBS, entretanto algumas carências específicas são supridas por essa rota, como troca de sondas, curativo, retorno cirúrgico, retorno com ortopedista, aplicação de medicamento injetável e manutenção de cateter.

A enfermagem ainda tem a possibilidade de realizar intervenção medicamentosa caso o paciente apresente quadro febril durante a triagem ou enquanto aguarda pelo atendimento médico, com orientação também protocolada para doses conforme uso recente de medicações, alergias medicamentosas e valores de temperatura.

2.2 CONSEQUÊNCIAS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DOS PRONTOS-SOCORROS POR CAUSAS NÃO URGENTES

Muitos efeitos negativos são relatados a partir da utilização por causas não urgentes dessas unidades de atendimento. A superlotação dos PS, usualmente às custas de consultas

não urgentes, produz repercussões negativas tanto para os pacientes, quanto para os profissionais que nela trabalham e também para a gerência dos locais (PHELPS et al., 2000; BERNSTEIN et al., 2009; VINELLI et al., 2011; RAFAEL et al, 2017).

2.2.1 Consequências aos usuários

A atenção demandada às consultas não urgentes pode produzir demora na prestação de atendimento aos pacientes que apresentem condições de real urgência, afetando a qualidade do serviço (VINELLI et al., 2011). Um estudo de revisão sobre consequências da superlotação nos PS que atendem população adulta demonstrou que a superlotação está associada a um aumento do risco de mortalidade, por atraso no atendimento, diagnóstico e tratamento, em relação a pacientes atendidos em períodos de menor lotação. Além disso, maior demora para início do tratamento com antibióticos para pacientes com pneumonia ou para analgesia em pacientes com dor aguda também foram associados a períodos de alta demanda do PS. Somando-se a isso, os autores ainda apresentaram que os prolongados tempos de espera nos PS podem resultar não apenas em atrasos para o atendimento de condições mais graves, mas também na redução da satisfação dos pacientes e na evasão desses sem que consultas tenham sido realizadas (BERNSTEIN et al., 2009).

A descontinuidade dos cuidados em saúde é um outro aspecto de grande relevância consequente dessa prática de uso do PS. Foi demonstrado por Christakis et al. (2001) que uma baixa continuidade de cuidados à saúde, definido como a inexistência de um relacionamento contínuo com um provedor pediátrico de atenção primária, nesse estudo medido através de um índice, está associada a um maior risco de visitas ao PS e hospitalizações, quando comparadas às crianças cujos cuidados são realizados de maneira contínua. Nos PS, os profissionais de saúde têm dificuldade na constituição de redes de apoio em saúde necessárias para garantir a integralidade do cuidado, fator de extrema relevância que deve ser baseado em um sistema de referência e contra referência que possibilite um acompanhamento adequado do problema de saúde apresentado (CARRET et al., 2011; BUBOLTZ; SILVEIRA; NEVES, 2015).

A importância do acompanhamento das crianças com consultas de rotina por pediatras foi reforçada por Buboltz:

[...] No modelo atual da atenção básica em saúde, a puericultura é uma ferramenta importante no acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil. A puericultura é voltada para os aspectos de prevenção, proteção e promoção da

saúde, com o objetivo de que a criança alcance a vida adulta sem influências desfavoráveis trazidas da infância.[...] Dessa forma, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser feito de forma regular, para que seja possível visualizar precocemente alterações e, assim, providenciar as devidas condutas em tempo hábil, a fim de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado (Buboltz, 2013, p. 27).

2.2.2 Consequências aos profissionais e ao sistema

Frente à sobrecarga e limitações de recursos nas situações que envolvem risco de vida, há relatos de cansaço, esgotamento, angústia e revolta por pediatras e profissionais de enfermagem de PS pediátrico (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2005). Além disso, Derlet e Richards (2000) também relataram a ocorrência de queda da produtividade dos profissionais quando são sobrecarregados. Esses profissionais tentam ampliar sua capacidade de atenção a múltiplos pacientes simultaneamente, o que desencadeia uma diminuição da produtividade e uma piora na qualidade do atendimento ao paciente. Isso também acarreta a maior chance de ocorrência de erros (trocas de amostras, erros nos formulários de solicitação de exames), resultantes de falhas na comunicação durante períodos de grande volume de pacientes.

O uso por causas não urgentes dos PS traz consequências não apenas aos médicos e aos usuários, mas também aos líderes administrativos e responsáveis por políticas públicas (FIELDSTON et al., 2012). O aumento de custos em consequência de consultas não urgentes é um fator de grande repercussão negativa aos sistemas de saúde públicos.

Alguns estudos demonstram que consultas com médicos generalistas ou mesmo com pediatras em consultórios demandam valores muito menores do que consultas em serviços de PS, uma vez que estas ocorrem em um ambiente altamente especializado e com nível de recursos de custo mais alto do que para o atendimento de problemas pediátricos de rotina (PHELPS et al., 2000; YOFFE et al., 2011). Phelps et al. (2000) exemplificam que, em hospitais estudados nos EUA, a taxa para um paciente que visita um dos hospitais quando é considerado uma visita não urgente (por exemplo, otite média), é de aproximadamente US\$ 170. O mesmo paciente seria cobrado aproximadamente US\$ 55 por uma consulta com um médico de família em um centro de medicina familiar. Entretanto, a questão do custo real entre consultas de PS e consultas de ambulatório ainda é debatido atualmente na literatura (YOFFE et al., 2011; VEEN et al., 2012).

2.3 MOTIVOS DAS PROCURAS

A tentativa de redução da utilização dos serviços de urgência hospitalares em pediatria para causas não urgentes e a garantia de que as crianças recebam cuidados de rotina de qualidade depende da compreensão da motivação dos cuidadores e acompanhantes das crianças doentes ao escolherem os PS como locais de atendimento (BERRY et al., 2008).

As diferentes estruturas nos cuidados de saúde, realidades sociais e culturais em cada país influenciam os resultados dos principais motivos de procura obtidos por diversos autores. Além disso, também há variação das razões devido aos distintos entendimentos que são relatados conforme o grupo pesquisado - pais ou profissionais de saúde. Por outro lado, existem motivos de procura em situações não urgentes relatados pelos pais/acompanhantes que aparecem com maior frequência nos estudos. Exemplos desses motivos são: dificuldade de acesso à atenção primária; vantagens na utilização do PS; e visão de urgência/ deficiência de educação em saúde pelos pais. (SALAMI; SALVADOR; VEGA, 2012; FIELDSTON et al., 2012; FREITAS et al., 2016)

2.3.1 Dificuldade de acesso à atenção primária

Brousseau, Bergholte e Gorelick (2004) demonstraram que as probabilidades de que pacientes se dirijam ao PS por uma queixa não urgente são duplicadas quando são percebidas dificuldades em obter cuidados por um médico de atenção primária, especialmente devido a longos períodos de espera para consulta.

Os principais empecilhos ao acesso à atenção básica citados pelos pais no trabalho de Berry et al. (2008) foram: o longo tempo de espera para se conseguir uma consulta, a dificuldade para marcação de horários nas unidades de saúde e as dificuldades de entendimento das instruções dadas, esse último quesito especialmente aplicável à realidade dos Estados Unidos, pois nesse país há a orientação de que seja feito contato telefônico ou por aplicativos de celular previamente à procura aos PS. Além disso, também houve relatos de insatisfação e de não confiança nos médicos da atenção básica (BERRY et al., 2008).

Fieldston et al. (2012) realizaram entrevistas com pais, médicos da atenção primária e pediatras de PS para compreender os pontos de vista de diferentes grupos a respeito das possíveis razões de busca ao PS por causas não urgentes. Constataram que a percepção de que a atenção primária possui limitações para doenças agudas e a dificuldade de acesso à atenção primária, devido a empecilhos para marcação de consultas e necessidade de atendimento fora

do horário de funcionamento das unidades, foram os principais motivos relatados pelos acompanhantes para que procurassem atendimento no PS. Os profissionais de saúde também frequentemente citaram os problemas do sistema de saúde como uma causa importante do uso não urgente do PS, bem como a falta de conhecimento dos responsáveis a respeito da gravidade da condição de uma criança. Entretanto, outro estudo (BROUSSEAU et al., 2011) também realizado com entrevistas a pais e médicos (apenas de atenção primária) mostra divergências de opiniões. Os pesquisadores demonstraram que os profissionais têm a visão de que tentam flexibilizar ao máximo as possibilidades de acesso à atenção primária. Porém, ainda assim permanecem incapazes de atender às necessidades de cada paciente, especificamente do subgrupo de pais que têm maiores expectativas quanto à rapidez com que seus filhos precisam de avaliação (BROUSSEAU et al., 2011).

2.3.2 Vantagens na utilização do PS

Diversos estudos relatam como principais motivos de procura ao PS as vantagens que esses serviços proporcionam, como tempo de espera (não haver necessidade de agendar consulta), facilidade de acesso, expertise e confiança nos profissionais e possibilidade de recursos diagnósticos (BERRY et al., 2008; KUBICEK et al., 2012; FIELDSTON et al., 2012; MAY et al., 2018).

Em um estudo qualitativo com acompanhantes de crianças triadas como não urgentes em um PS, os principais motivos relatados com para que esses locais fossem procurados foram os seguintes: maior eficiência dos médicos dos PS ("Os médicos na sala de emergência executam as coisas muito mais rápido") (BERRY et al., 2008, p. 363, tradução nossa); maior confiança por conta da qualificação do médico ("Eles (médicos do PS) fazem um *check-up* melhor e dão a eles um remédio melhor. . . aqui eles olham para ele, eles o pesam, eles olham para seus olhos, sua garganta, eles medem sua pressão sanguínea, eles checam seu pequeno coração, seus pulmões, e eles o examinam como eu gostaria que eles examinassem, para realmente saber que problema ele tem" / "(seu médico de atenção primária) não sabe muito sobre bebês. No Hospital Infantil, eles podem realmente olhar para as crianças para ver o que há de errado com ele"); possibilidade de utilização de recursos diagnósticos ("A sala de emergência é o melhor lugar para obter os resultados. Eles fazem testes em tudo aqui, então eles não vão deixar você ir para casa sem testar tudo"); não necessidade de agendamento de consulta ("Aqui você não precisa agendar, basta entrar quando achar que quer entrar") (BERRY et al., 2008, p. 364, tradução nossa).

Outro ponto que aparece em estudos como benefício do PS é a proximidade do local. Vinelli et al. (2011) demonstraram diferença estatisticamente significativa entre os urgentes e não urgentes no que diz respeito à distância que os pacientes viviam do hospital. O estudo demonstrou que cuidadores que viviam a menos de 15 km do hospital onde a coleta de dados foi realizada consultaram com maior frequência por razões não urgentes. Esse resultado evidenciou que, face a uma patologia banal, a acessibilidade ao hospital é um fator a ser considerado no momento da decisão.

Por fim, em outro estudo (KUBICEK et al., 2012) em que foi aplicado questionário aos acompanhantes das crianças classificadas como pouco ou não urgentes em um PS, solicitou-se aos pais que apontassem pontos para as principais razões possíveis demonstradas a eles para procurar o serviço. Foi demonstrado que os motivos principais se resumiam a dois grandes grupos: conveniência/confiança no serviço e confiança nos médicos de emergência, sendo os motivos mais votados os seguintes: “Acho que meu filho vai ser melhor cuidado aqui”; “Os médicos daqui são melhores”; “Sempre aberto”; “Eu confio nos médicos daqui”; e, “Eu já estive aqui antes” (KUBICEK et al., 2012, p. 981, tradução nossa).

2.3.3 Visão de urgência / Deficiência de educação em saúde

O discernimento da urgência ou não com relação à gravidade do estado de saúde de uma criança pode ser estressante e difícil aos pais. Como consequência, em muitos casos ocorre aumento da visão de gravidade pelos cuidadores, o que representa uma preocupação significativa e os motiva suficientemente a ponto de levarem a criança ao PS (KALIDINDI et al., 2010; FIELDSTON et al., 2012; KUBICEK et al., 2012).

Kubicek et al. (2012) descreveram que dentre os acompanhantes dos pacientes classificados como pouco urgentes ou não urgentes em seu estudo, 63% dos cuidadores perceberam o nível de urgência do quadro atual como sendo “muito” ou “extremamente” urgente, com uma porcentagem consideravelmente menor (11%) percebendo que a questão “não é de todo” ou é “um pouco” urgente.

Além da impressão dos pais, outro autor demonstrou grande discrepância quando comparou a visão de urgência entre pais, médicos e sistema de triagem de risco. Enquanto os pais classificaram as procuras ao PS em 94% como urgências (atendimento que deve ser recebido em menos de 24hs), dentre os médicos essa classificação caiu para 70% e para a triagem, ficou em 72%. Por outro lado, a visão contrária encontrada foi considerada até mesmo o dado mais relevante pelos autores: dos 6% de visitas percebidas pelos pais como não

urgentes, 31% dessas foram considerados pelos médicos como urgentes, no entanto nenhuma dessas visitas exigiu internação hospitalar. Assim, a dificuldade de julgamento adequado quanto à gravidade do estado de saúde dos pacientes, mesmo que na maioria das vezes a urgência seja mais percebida (como demonstrado em grande parte dos estudos), por vezes pode ser danosa quando julgada como menos urgente do que realmente é, pois pode trazer atrasos ao atendimento e tratamento adequados (KALIDINDI et al., 2010).

Berry et al. (2008) também questionaram quanto aos pais terem recebido instruções pelos médicos da atenção primária para que pudessem identificar situações de urgência nas crianças. Alguns desses referiram que tiveram orientação dos profissionais de saúde, porém outros relataram nunca terem tido tais orientações e demonstraram que seria de grande ajuda se tivessem recebido.

Por fim, May et al. (2018) investigaram a “alfabetização em saúde” de pais em um PS pediátrico e em uma unidade de saúde comunitária. Os pesquisadores concluíram que os pais com baixa “alfabetização em saúde” tinham menor compreensão para avaliar e tratar problemas de saúde das crianças. Assim, estavam mais propensos a superestimar a gravidade da doença, o que os levava a procurar atendimento diretamente no departamento de emergência para as crianças. Os pais com “alfabetização em saúde” adequada priorizavam segurança para o acompanhamento contínuo da doença, valorizavam os relacionamentos próximos com os médicos e também estavam dispostos a esperar mais tempo por uma consulta em favor desses quesitos. Por outro lado, os autores também demonstraram que pais de primeiro filho, com crianças de idade inferior a 2 anos e/ou quando a queixa era febre ou vômitos, não houve diferença na escolha do local de procura entre os grupos com diferentes graus de conhecimento, pois ambos superestimaram a gravidade do quadro e optaram pelo PS.

2.4 SUS E SISTEMAS DE SAÚDE MUNDIAIS

A Constituição de 1988 foi o primeiro documento a colocar o direito à saúde definitivamente no ordenamento jurídico brasileiro, que passou a contar com um sistema público de saúde com acesso universal, integral e gratuito. O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, conta com a gestão das ações e dos serviços entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002). Estima-se que o sistema

público cubra 75% da população: os serviços hospitalares são garantidos sobretudo por prestadores privados (80%), com 75% da assistência ambulatorial fornecida por serviços próprios da rede pública. A saúde suplementar cobre os demais 25% da população (VASCONCELOS E PASCHE, 2006).

O sistema de saúde brasileiro é composto por dois subsistemas: o público, que é o SUS, e o privado, constituído por dois subsetores: o da saúde suplementar, que é o predominante nesse subsistema, composto pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, e o liberal clássico, composto pelos serviços particulares autônomos. Na Constituição Federal de 1988, está prevista a existência e liberdade das iniciativas privadas na saúde, como serviços suplementares ao SUS e com ação regulatória do Estado (BRASIL. CONASS, 2011).

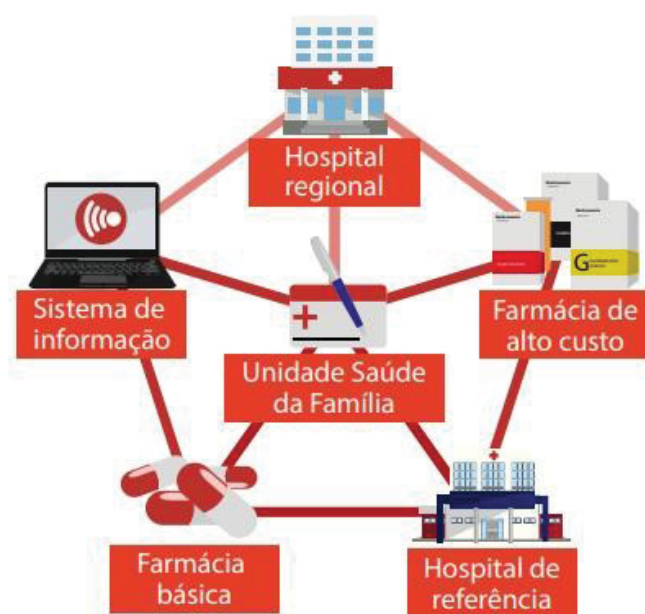
Os princípios do SUS são a universalização, que significa que a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sem discriminações; a equidade, que significa direcionamento dos recursos aos que mais necessitam, com mais investimentos onde a carência seja maior; e a integralidade, definindo que o sistema deve tratar as pessoas como um todo, proporcionando promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, além de articulação com políticas públicas. Já dentre os princípios organizativos do SUS, a hierarquização é um deles e determina que o acesso da população à rede de saúde deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais atendimentos deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica (BRASIL. Ministério da Saúde, 1990).

De acordo com a Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, a atenção básica em saúde se refere a um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde; a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes das coletividades (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

A lógica de organização do SUS em redes de atenção a partir da atenção básica reafirma o seu papel de ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde; de ser responsável por coordenar o caminho dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da atenção primária à saúde; e de manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à

atenção (ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, entre outros), mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede (FIGURA 1). Essa posição estratégica da atenção básica no fluxo da atenção à saúde do usuário tem por objetivo potencializar a garantia da integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema de saúde. Dessa forma, gera-se a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde e no Brasil, representando uma forma de reforçar os princípios do SUS (OLIVEIRA, 2016).

FIGURA 1 - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



FONTE: Adaptado de: OLIVEIRA, 2016

O SUS em Curitiba possui uma rede consolidada de serviços de saúde para atender uma população de aproximadamente 1.800.000 habitantes. Em 2017, estimou-se que entre 50% e 70% utilizavam a rede de atenção assistencial do SUS e que 52,6% da população curitibana encontrava-se vinculada de alguma forma à rede suplementar de saúde. De um total de 3.109 leitos hospitalares SUS em Curitiba no ano de 2017, os leitos pediátricos representavam 7,9% (245) (os leitos de UTI neonatal não foram contabilizados) (FAORO; RUSTICK; CUBAS, 2017).

Alguns modelos de sistemas de saúde em outros países também seguem as diretrizes de universalidade de acesso da população, como Inglaterra, Itália, Canadá e França. Esses países possuem a atenção primária em saúde como uma estratégia chave dentro de seus modelos organizacionais. Nesses sistemas, a população tem uma forte e estruturada atenção primária e integralização dos cuidados, principalmente a partir de financiamento

governamental, alguns de forma mais descentralizada que outros. O acesso aos serviços de PS é livre, porém os pacientes passarão por triagem e em alguns sistemas, como no Canadá, caso o paciente seja triado como não urgente, ele será encaminhado à atenção primária ao invés de ser atendido no PS (CONIL, 2006; NAOURI et al., 2018).

Os Estados Unidos sobresaem-se como uma exceção dentre os países desenvolvidos em relação ao seu sistema de saúde. Desde seus primórdios, a atenção à saúde foi considerada problema individual. Há nesse país uma variedade de instituições privadas e públicas, configurando um sistema plural, com custos crescentes e com múltiplos subsistemas para clientelas distintas. Não há a oferta de sistema público universal de saúde, apenas programas em que conforme critérios estritos alguns indivíduos conseguem se encaixar e receber auxílio muitas vezes parcial do estado, tendo que arcar com possíveis co-participações nos pagamentos (Medicare e Medicaid, o primeiro para idosos aposentados e pessoas com necessidades especiais e o segundo, na comprovação de situação de pobreza). A maior parcela da população Americana, estima-se que em torno de 75%, obtém serviços a partir de formas de seguro de saúde privado. No entanto, aproximadamente 16% das pessoas não possuem nenhuma forma de cobertura (CONIL, 2006).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional descritivo com coleta de dados prospectiva.

3.2 HIPÓTESE DE ESTUDO

Considerando a natureza dos estudos descritivos de hipóteses casuísticas e frequentísticas, este trabalho tem por finalidade descrever características e frequências da população pediátrica que frequenta o pronto-socorro por causas não urgentes e dos acompanhantes desses pacientes.

3.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná, no período de dezembro de 2017 a dezembro de 2019. A coleta de dados foi realizada no pronto-socorro SUS do Hospital Pequeno Príncipe, em Curitiba, no período de setembro a novembro de 2018, nos turnos matutino, vespertino e noturno. Também foi realizado o projeto piloto do presente estudo no mesmo local, em agosto de 2018.

Tal instituição foi escolhida para o estudo por ser um centro de referência de atendimento pediátrico tanto para Curitiba como para regiões próximas. É um hospital exclusivamente pediátrico que conta com especialidades clínicas e cirúrgicas. Possui mais de 350 leitos de internamento e é também local de referência para transplantes na área pediátrica. É o único hospital de Curitiba e região metropolitana que dispõe de tal infraestrutura. Além disso, o pronto-socorro tem funcionamento 24 horas, prioritariamente recebendo pacientes encaminhados das UBS, UPAS e outros hospitais. Durante o período do estudo, também aceitava pacientes de demanda espontânea, caracterizando-se como um PS “porta aberta”, ou seja, as famílias podem procurar diretamente o hospital para o atendimento pediátrico. Dessa forma, a obtenção de dados realizada nessa instituição possivelmente corresponde a realidade dos atendimentos pediátricos públicos em Curitiba e região metropolitana.

3.4 POPULAÇÃO FONTE

O número total de cadastros no PS SUS do hospital em questão no ano de 2018 foi de 39220, sendo a média mensal de 3268 casos. Desses, em média 2202 pacientes por mês foram classificados com não urgentes, representando 67,4% dos atendimentos.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos acompanhantes de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos atendidas no pronto-socorro cuja classificação de risco adotada pelo hospital tenha apontado as procuras como de baixo risco de gravidade/não urgências (escala de classificação de risco verde) e que tenham consentido a participação pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os acompanhantes de crianças que haviam sido internadas recentemente, que representavam retornos para reavaliação médica do quadro de saúde prévio e quando os dados coletados foram incompreensíveis.

3.7 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foram os acompanhantes das crianças e adolescentes atendidos no pronto-socorro pediátrico da unidade envolvida no estudo, a partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão referidos.

3.8 AMOSTRA E TÉCNICAS DE AMOSTRAGEM

A partir da população de estudo, foi obtida uma amostra não probabilística de conveniência sistematizada. A amostragem por conveniência é adequada e frequentemente utilizada para estudos exploratórios para geração de ideias e hipóteses. Nela, o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes podem representar um universo. Apesar de seus resultados não poderem ser projetáveis à população geral e admitam riscos de imprecisão, os estudos habitualmente têm caráter exploratório e podem trazer informações

importantes acerca da realidade. Tal modelo de amostragem pode ser adequada em estudos com limitação de tempo, de recurso financeiro e de pessoal (OLIVEIRA, 2001; MAROTTI et al., 2008; CARMO; FERREIRA, 2008).

A pesquisadora foi a única pessoa que aplicou o instrumento de coleta e que esteve presente no local de coleta. A coleta foi realizada em sessões, de modo que contemplasse os turnos matutino, vespertino e noturno pelo menos uma vez para todos os dias da semana. Sua realização foi organizada de uma maneira viável aos meios disponíveis. Desse modo, por exemplo, a segunda-feira teve uma sessão dedicada a sua manhã, uma a sua tarde e uma a sua noite, não necessariamente na mesma data. O mesmo ocorreu com os outros dias. Nos horários em que a pesquisadora esteve presente, selecionou a primeira criança/adolescente que havia sido classificada como não urgente e a partir daí, de acordo com o término de cada coleta de dados, uma criança a cada 15 minutos não sequencialmente à triagem, pois esta ocorria mais rapidamente do que o processo de aplicação dos instrumentos de coleta de dados. A pesquisadora coletou dados por aproximadamente 1 a 2 horas em cada turno. Nos períodos matutinos foram realizadas 45 coletas, 68 nos vespertinos e 55 nos noturnos.

A fórmula do cálculo do tamanho da amostra considerando amostragem das proporções utilizada foi a seguinte:

$$n = \frac{\frac{K^2 \cdot p \cdot q}{E^2}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{K^2 \cdot p \cdot q}{E^2} - 1 \right]}$$

Onde:

p = proporção de casos favoráveis na população. Quando não existe informação sobre p admite-se $p = q = 0,5$, valor que conduz a um tamanho de amostra maior;

q = $1 - p$;

n = número de elementos na amostra;

N = número de elementos na população;

E = erro amostral relativo permissível;

K = valor da tabela correspondente à área sob a curva normal padronizada, para um determinado nível de confiança (1 - α);

$K = 1,96$ correspondente à abcissa da curva normal padronizada, para um nível de confiança de 95%.

Durante o estudo, testes estatísticos foram realizados entre as principais variáveis, nos quais as razões de procura ao hospital apresentaram diferenças estatisticamente significativas, com número representativo de amostra. Deste modo, verificou-se que a ampliação do número de participantes não alterava os resultados e, sendo o n suficiente e os testes estatísticos concordantes, optou-se por encerrar o procedimento de coleta de dados.

Foram realizadas 187 coletas no total, sendo que 17 casos constituíram a amostra do estudo piloto, realizado de 23/08/18 a 29/08/18 cujo objetivo foi verificar o funcionamento do PS, entender a logística dos turnos, a classificação de risco utilizada e verificar a aceitação dos pais em responder à aplicação do instrumento de coleta de dados na sala de espera. Os dados obtidos do estudo piloto não foram consideradas como resultado do estudo.

Excluindo-se as coletas do estudo piloto, 170 acompanhantes responderam o instrumento de coleta. Em dois casos os dados não foram suficientes, totalizando 168 pacientes na amostra final do estudo.

3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento de coleta com perguntas de múltipla escolha e com respostas diretas (APÊNDICE 1). O instrumento de coleta foi elaborado a partir de extensa revisão da literatura, baseando-se nas principais variáveis abordadas dos estudos mais relevantes da área (PHELPS et al., 2000; KUBICEK et al. 2012; WONG et al., 2015). As perguntas foram dirigidas apenas aos acompanhantes dos pacientes. O instrumento de coleta constitui-se de questões relacionadas à:

- a) variáveis demográficas:
 - sexo da criança;
 - idade da criança;
 - cidade de procedência da criança;
 - relação do acompanhante com a criança;
 - idade do acompanhante;
 - quem convive mais tempo com a criança.

- b) variáveis relacionadas à procura pelo PS:

- qual o principal problema de saúde no momento;
 - se havia procurado previamente outro serviço devido a queixa de saúde atual, qual o local e há quanto tempo antes;
 - se havia procurado outro atendimento previamente, se estava satisfeito ou insatisfeito com o atendimento prévio recebido;
 - se insatisfeito com o atendimento prévio, qual a principal razão da insatisfação;
 - qual o principal motivo de escolha pelo PS do hospital em questão para atendimento.
- c) variáveis relacionadas ao conhecimento de saúde e acompanhamento de saúde de rotina:
- se considerava o quadro de saúde atual da criança como uma urgência ou como uma não urgência;
 - se tinha conhecimento de que passaria pela triagem ao chegar para atendimento;
 - se nos últimos 6 meses já havia levado a criança para atendimento em PS por outros motivos; se sim, quantas vezes;
 - se a criança faz consultas de saúde de rotina;
 - se a criança costuma frequentar a Unidade Básica de Saúde;
 - se havia sido explicado em algum momento (por alguém da área da saúde) sobre sinais de alarme na criança;
 - se havia sido explicado em algum momento (por alguém da área da saúde) as diferenças entre UBS, UPAS e hospitais.

3.10 PROCEDIMENTOS DE ESTUDO

3.10.1 Fases do atendimento da triagem

Os pacientes que chegavam ao PS recebiam uma senha para ordem de triagem entre atendimento normal ou preferencial. Caracterizava-se atendimento preferencial: portador de necessidades especiais; paciente acompanhado exclusivamente por idoso (acima de 65 anos); ou paciente acompanhado exclusivamente por gestante. Além de prioridade na triagem, após a classificação de risco, esses pacientes também recebiam atendimento preferencial em relação aos demais classificados no mesmo nível de prioridade.

A triagem era realizada por profissional da enfermagem, em sala própria, contando com o paciente e o acompanhante responsável. Os pacientes eram chamados por meio de

sistema eletrônico conforme classificação de ordem de chegada ao PS para realização da triagem, em uma sala isolada, anexada ao PS. Na sala de triagem, o paciente e o acompanhante eram recebidos pelo profissional de enfermagem, convidados a sentar-se e o profissional dirigia-se ao acompanhante questionando qual era o motivo principal da procura ao PS, além de sinais e sintomas observados. A triagem então era realizada através da aplicação dos critérios adotados, com aferição de dados vitais necessários (frequência cardíaca, saturação de oxigênio, temperatura), além de avaliação visual de estado geral do paciente. Os dados eram registrados em sistema eletrônico no prontuário eletrônico do paciente. Conforme protocolo de classificação de risco adotado, os pacientes eram classificados em vermelho, laranja, amarelo, azul ou verde. Os pais eram notificados da classificação e aguardavam então na sala de espera pelo atendimento médico.

3.10.2 Aplicação do instrumento de coleta de dados

O recrutamento para participação na pesquisa ocorreu durante a triagem realizada pela enfermagem, com os acompanhantes sendo informados da existência da pesquisa e orientados acerca de seu conteúdo.

Terminado o procedimento de classificação de risco, a pesquisadora se dirigiu à sala de espera juntamente com o acompanhante e a criança e após explanação padronizada a respeito do conteúdo da pesquisa, convidou-os a participar e forneceu o TCLE para assinatura.

Após obtenção do consentimento, foi realizada a coleta de dados em que a pesquisadora foi responsável pela aplicação das perguntas aos acompanhantes e pelo preenchimento do formulário por meio do aplicativo “*Google Forms*” em um aparelho celular (FIGURA 2).

Cada procedimento de coleta de dados teve duração aproximada de 5 a 10 minutos e foi totalmente direcionada aos acompanhantes, contendo perguntas relacionadas ao paciente, conforme instrumento definido (APÊNDICE 1).

FIGURA 2 - PROCEDIMENTOS DE ESTUDO



Fonte: O autor (2019).

3.11 TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS

Todos os dados dos participantes da pesquisa foram registrados diretamente na ferramenta “*Google Forms*” e foram automaticamente tabulados no software Excel.

3.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As medidas de tendência central e de dispersão estão expressas em médias e desvio padrão (média + DP) para as variáveis contínuas de distribuição simétrica e em medianas, valores mínimo e máximo (mediana, mínimo – máximo) para as de distribuição assimétrica.

As variáveis quantitativas foram transformadas em variáveis qualitativas. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de medidas de frequência absoluta e relativa. Como o presente estudo é de natureza descritiva, os resultados apresentados são baseados em análises univariadas das principais variáveis de interesse. Os dados obtidos foram organizados em forma descritiva e por meio de tabelas de frequências.

3.13 ÉTICA EM PESQUISA

A pesquisa foi aprovada nos Comitês de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e do Hospital Pequeno Príncipe sob os respectivos números: CAAE 68725617.8.0000.0096 / CAAE 68725617.8.3001.0097.

O termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 2) foi obtido dos pais ou responsáveis antes da inclusão da criança no estudo.

3.14 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada sob sigilo firmado no CEP e levou em consideração as medidas de proteção, minimização de riscos e confidencialidade.

3.15 FOMENTO PARA PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Não houve financiamento à pesquisa, sendo a pesquisadora a única responsável por todas as possíveis despesas relativas a sua realização. O Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba foi a unidade envolvida na pesquisa.

4 RESULTADOS

A média mensal de cadastros no PS do SUS do hospital estudado durante os durante o ano de 2018 foi de 3268 casos. Desses, em média 2202 pacientes por mês foram classificados com não urgentes, representando 67,4% dos atendimentos. Durante os meses de coleta de dados (setembro a novembro de 2018) a média mensal de atendimentos foi de 3316 casos, sendo em média 2215 (66,7%) casos classificados como não urgentes mensalmente.

A tabela 1 apresenta os resultados referentes aos dados dos acompanhantes. A maioria (88%) dos acompanhantes eram mães, 7% eram pais, 3% avós e 1% cuidadoras. A média de idade dos acompanhantes foi de 31,4 anos \pm 9,7. As mães representaram também maioria dos que passavam mais tempo de convívio com a criança (78%), seguido dos avós (10%), cuidadoras (5%), pais (4%) e outros (3%).

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DOS ACOMPANHANTES (n=168)

Características dos acompanhantes		n (%)
Idade (anos)	15-25	38 (23)
	25-40	111 (66)
	40-60	14 (8)
	>60	5 (3)
Relação com a criança	Mãe	148 (88)
	Pai	12 (7)
	Avó/avô	6 (3)
	Cuidadora	2 (1)
Quem convive mais tempo com a criança	Mãe	132 (78)
	Avó/avô	17 (10)
	Cuidadora	8 (5)
	Pai	6 (4)
	Outros	5 (3)

FONTE: O autor (2019).

A tabela 2 demonstra as características demográficas dos pacientes. Noventa (53%) eram do sexo masculino, com mediana de idade de 3 anos. A maioria não era procedente de Curitiba (57%).

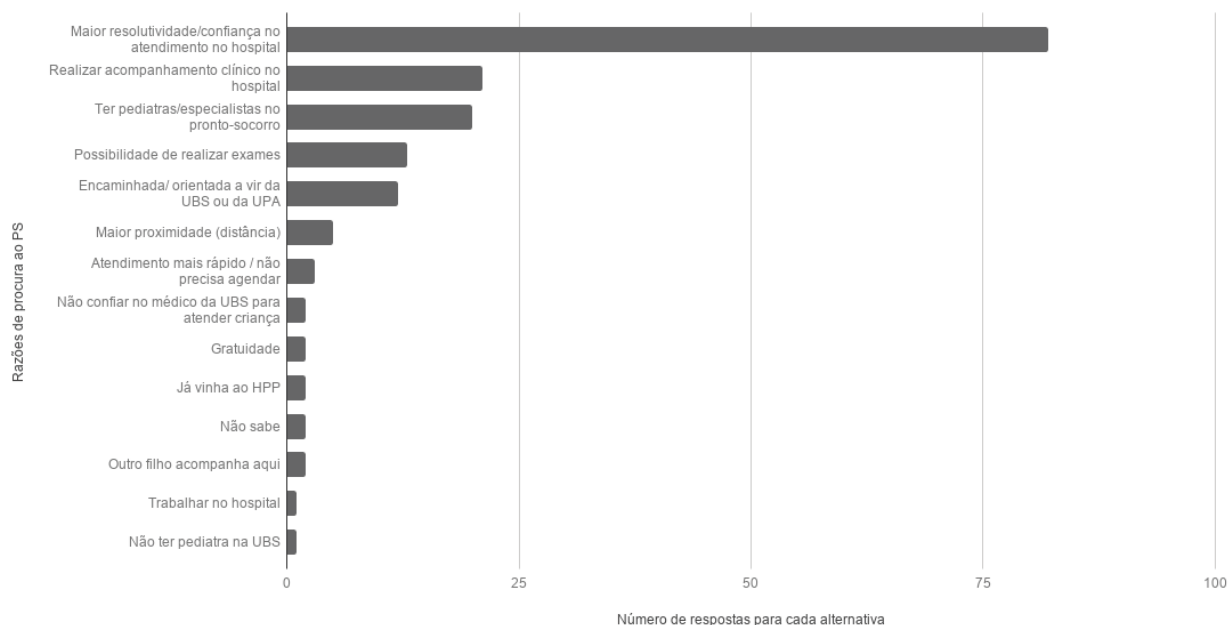
TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES (n=168)

Características dos pacientes		n (%)
Sexo	Masculino	90 (53)
	Feminino	78 (47)
Idade (anos)	0-2	55 (33)
	2-5	59 (35)
	5-10	33 (20)
	10-18	21 (12)
Procedente de Curitiba	Sim	71 (43)
	Não	97 (57)

FONTE: O autor (2019).

As principais queixas de saúde relatadas pelos acompanhantes foram, em primeiro lugar, febre (n=43, 26%), seguido de tosse (n=22; 13%), vômitos (n=16; 10%) e dor abdominal (n=15; 9%). Cento e quarenta e seis (87%) referiram que tinham conhecimento de que passaria pela triagem ao chegar para atendimento. As principais razões para terem escolhido levar a criança para atendimento no PS foram: “Maior resolatividade/confiança no atendimento no hospital” (n=82; 49%); “Realizar acompanhamento clínico no hospital” (n=21; 12%); Ter pediatras/especialistas no pronto-socorro (n=20; 12%); “Possibilidade de realizar exames” (n=13; 7%); e “Encaminhado / orientado a vir da UBS ou da UPA” (n=12; 7%) (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 – RAZÕES DE PROCURA AO PS



FONTE: O autor (2019).

Quando questionados se achavam que o problema de saúde atual da criança era uma urgência, 115 (68%) responderam que sim, enquanto 29% não achavam ser uma urgência e 3% não sabiam. Dentre os acompanhantes que consideraram o quadro de saúde atual como uma urgência, as principais queixas de saúde apresentadas foram: febre (27%); vômitos (11%); dor abdominal (10%) e tosse (8%). Ainda dentre os que consideram um quadro urgente, 28% (33) das crianças tinha menos de 2 anos e os principais motivos para terem procurado o PS para atendimento foram: “Maior resolatividade/confiança no atendimento no hospital” (49%); “Ter pediatras/especialistas no pronto-socorro” (12%); e “Realizar acompanhamento clínico no hospital” (9%).

Já dentre os acompanhantes que não consideraram o quadro de saúde atual como uma urgência, 22% (11) tinham menos de 2 anos e as principais queixas de saúde foram febre em primeiro lugar (25%), seguido de tosse (23%), dificuldade para respirar (4%) e vômitos (2%). Como razão principal da escolha pelo PS, dentre esses acompanhantes, a “Maior resolatividade/confiança no atendimento no hospital” ainda apareceu como principal causa (46%), seguido de “Realizar acompanhamento clínico no hospital” (20%) e “Ter pediatras/especialistas no pronto-socorro” (12%).

A maioria (n=106; 63%) dos acompanhantes referiu que já havia procurado atendimento prévio pelo mesmo motivo, sendo que 44 (41%) referiram que o local prévio procurado foi a UPA, 23 (22%) a UBS, 16 (15%) o PS de outro hospital, 15 (14%) o PS do

HPP, 7 (7%) o pediatra que acompanha a criança e 1 (1%) o odontologista. Desses, 44 (41%) havia procurado atendimento em até 1 dia antes; 18 (17%) em até 2 dias antes; e 16 (15%) há 7 dias ou mais (TABELA 3).

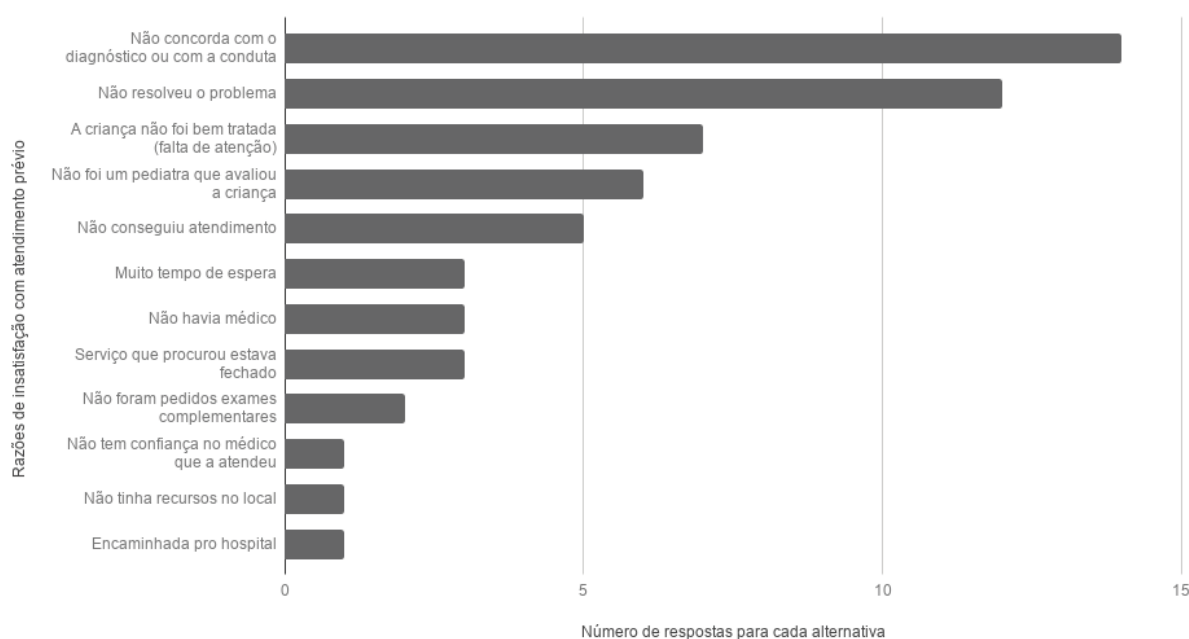
TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS

Características dos atendimentos	n (%)
Principais queixas (n=168)	
Febre	43 (26)
Tosse	22 (13)
Vômitos	16 (10)
Dor abdominal	15 (9)
Manchas na pele	12 (7)
Dor de cabeça	11 (6)
Outros	49 (29)
Conhecimento da triagem (n=168)	
Sim	146 (87)
Não	22 (13)
Percepção de urgência (n=168)	
Urgência	115 (68)
Não urgência	48 (29)
Não sabe	5 (3)
Procura prévia por atendimento (n=168)	
Sim	106 (63)
Não	62 (37)
Há quantos dias houve a procura (n=106)	
1	44 (41)
2	18 (17)
3	13 (12)
4	5 (5)
5	7 (7)
6	2 (2)
>7	17 (16)
Local da procura prévia (n=106)	
UPA	44 (41)
UBS	23 (22)
PS (outro hospital)	16 (15)
PS HPP	15 (14)
Pediatra	7 (7)
Odontologista	1 (1)
Satisfeito com o atendimento prévio (n=106)	
Sim	51 (48)
Não	55 (52)

FONTE: O autor (2019).

Dos 106 participantes que referiram ter procurado atendimento prévio, 52% relatou não ter ficado satisfeito com o atendimento recebido nesses locais, sendo demonstrado no gráfico 2 as principais razões de insatisfação: “Não concorda com o diagnóstico ou com a conduta” (25%), “Não ter resolvido o problema” (21%) e “A criança não foi bem tratada (falta de atenção)” (12%).

GRÁFICO 2 - RAZÕES DE INSATISFAÇÃO COM ATENDIMENTO PRÉVIO



FONTE: O autor (2019).

Dentre os que procuraram a UPA como atendimento prévio (principal local), 70% relataram não terem ficado satisfeitos com o atendimento, sendo as principais queixas: “Não concorda com o diagnóstico ou com a conduta” (20%), “Não ter resolvido o problema” (18%) e “A criança não foi bem tratada (falta de atenção)” (14%).

Já dos que procuraram a UBS como atendimento prévio, 55 (61%) relataram não terem ficado satisfeitos com o atendimento, tendo como principais motivos diferentes dos demais: “Não conseguiu atendimento médico” (29%), “Não havia médico no local” (21%) e “Não concorda com o diagnóstico ou com a conduta” (21%).

Cento e nove acompanhantes (65%) referiram que levaram o paciente ao PS outras vezes nos últimos 6 meses devido a outras queixas. Dentre esses, 27 (25%) disseram que levaram até 1 vez; 26 (24%) até 2 vezes; 25 (23%) mais que 5 vezes; 14 (12%) até 3 vezes; 9 (8%) até 2 vezes; e 9 (8%) até 5 vezes. A maioria dos acompanhantes (65%) relatou que a

criança frequente ou já frequentou a UBS. Noventa e cinco (56%) entrevistados disseram que a criança realiza consultas de puericultura de rotina. Quando questionados se já haviam recebido alguma orientação por profissionais da saúde sobre percepção de sinais de alarme na criança, 107 (63%) disseram que nunca receberam nenhuma orientação prévia. Quando questionados se algum profissional da área da saúde já havia lhes orientado sobre quais as diferenças para procura de atendimento entre as UBS, UPAS e hospitais, 139 (83%) referiram não ter recebido em nenhum momento essa informação.

5 DISCUSSÃO

A utilização do PS para consultas não urgentes neste estudo apresentou valores semelhantes aos já encontrados em estudos prévios. Nos meses em que foi realizada a coleta de dados, 66% das consultas triadas foram classificadas como não urgentes, valor ligeiramente superior comparado aos 37 a 60% encontrados nos Estados Unidos (BROUSSEAU et al., 2007), também aos 40 a 60% em estudos europeus (VEDOVETTO et al., 2014; WONG et al., 2015) e 59% em um estudo argentino (VINELLI et al., 2011). Entretanto, o percentual encontrado no HPP pode ser considerado baixo quando analisado frente aos demais dados brasileiros de consultas não urgentes em PS pediátricos. Em outras regiões do Brasil, são demonstrados valores entre 56 e 96% de consultas não urgentes nas unidades de PS pediátrico (KOVACS et al., 2005; ARRUE et al., 2013; RATI et al., 2013). Possivelmente tais diferenças entre os dados devem-se às diferenças de estruturas e fluxos dos sistemas de saúde em variadas regiões, possivelmente essas dispendo de menos assistência pediátrica. Além disso, diferenças existentes nos sistemas de triagem também podem ser uma justificativa (BROUSSEAU et al., 2011), uma vez que no hospital estudado a triagem é realizada por protocolo adaptado à realidade do serviço.

Na literatura, é demonstrado que crianças abaixo de 5 anos representam o grupo que mais é levado ao PS, sendo o maior percentual entre os menores de 2 anos (KOVACS et al., 2005; BERRY et al., 2008; RATI et al., 2013; VEDOVETTO et al., 2014). A média de idade dos pacientes encontrada neste estudo também foi semelhante aos demais estudos encontrados com pacientes não urgentes. Ainda, foi demonstrado em uma revisão sistemática de 2018 que crianças com idade inferior a 2 anos representam um fator predisponente a procuras não urgentes ao PS (ALELE et al., 2018). Isso caracteriza um comportamento potencialmente negativo principalmente a essa faixa etária, uma vez que os lactentes ficam expostos em um ambiente impróprio, com maior circulação de doenças infecto contagiosas. Além disso, acabam possivelmente perdendo o acompanhamento longitudinal de puericultura, de extrema importância nessa faixa etária, uma vez que os atendimentos recebidos em PS não possuem tal prioridade e a associação entre a menor frequência a consultas de puericultura e o maior uso do PS e de hospitalizações já fora demonstrada (CHRISTAKIS et al., 2001).

A febre foi citada como principal preocupação quando questionados pela queixa de saúde, representando 25% de todas as queixas. O termo “febre fobia” foi cunhado por Schmitt em 1980 para representar a ansiedade e insegurança por parte dos pais frente a um quadro de febre, com consequentes especulações inapropriadas sobre febre, como possibilidades de

sequelas graves (principalmente neurológicas) e possibilidade de elevação da temperatura até altos níveis (48,9C), caso não tratada com antitérmicos (SCHMITT, 1980). Crocetti, Moghbeli e Serwint (2001) afirmaram que os pais acreditam que a febre mais signifique uma doença do que um sinal ou sintoma de uma enfermidade, levando a um erro de entendimento do processo de doença. Foi verificado por esses autores que a preocupação dos cuidadores frente a quadros de febre apresentou pequeno aumento ao longo de 20 anos (1980 a 2000) e os mesmos ainda explicitam que os pediatras têm uma função primordial de instrução dos pais sobre a febre e seu papel nas doenças. Somando-se a isso, May et al. (2018) verificaram que quando o sintoma preocupante aos pais era febre, os pais apresentavam mais dificuldade em diferenciar o grau de urgência, tendendo a aumentar a visão de gravidade.

Quando em vista outros estudos sobre consultas não urgentes nos PS, a febre manteve-se unanimemente como principal queixa (BERRY et al., 2008; BENHAMED et al., 2012; RATI et al., 2013). Além da febre, no atual estudo, a tosse correspondeu ao segundo lugar como queixa principal, seguido por vômitos. Uma possibilidade para tais sintomas representarem tamanha frequência de ocorrência pode ser a dificuldade dos responsáveis quanto a diferenciação de sinais de alarme em semelhança à febre, como sinais de dispneia e desidratação, levando-os a procurar o PS independentemente da dificuldade de interpretação desses, além de possivelmente não terem segurança e conhecimento sobre como lidar com tais sintomas em casa.

As razões de procura mais citadas pelos acompanhantes foram: “Maior resolutividade/confiança no atendimento no hospital” (49%); “Realizar acompanhamento clínico no hospital” (12%); Ter pediatras/especialistas no pronto-socorro (12%); “Possibilidade de realizar exames” (7%); e “Encaminhado / orientado a vir da UBS ou da UPA” (7%) . O motivo correspondente à confiança no atendimento do PS do HPP foi o mais citado e com grande diferença entre as demais razões.

Kovacs et al. (2005), em um estudo em Recife em cinco PS pediátricos, encontraram que a legitimidade do PS perante a população (“É uma boa referência”; “O atendimento é o melhor”; “Tem mais recursos”; “Muito conceituado”) também foi o motivo de justificativa de procura mais citado. Stockwell et al. (2010) encontraram como principais razões de procura ao PS a confiança no serviço e as dificuldades de acesso à atenção primária, demonstrando ainda que tais razões tiveram um aumento significativo quando compararam com questionário semelhante aplicado há 10 anos (1997 a 2006). Rati et al. (2013), em Belo Horizonte, reafirmaram tal preferência aos serviços de PS a partir de depoimentos de mães que relataram como motivos principais de busca ao PS: resolutividade, qualidade, especificidade para

atendimento de crianças, facilidade de acesso, experiências e recomendações.

Não obstante a essas razões já abordadas em outros estudos como relevantes por confiança nos PS para que os pais o escolham mesmo em motivos não urgentes, o hospital estudado em questão possui características próprias que podem contribuir para essa conduta dos responsáveis: o HPP é o único hospital exclusivamente pediátrico que recebe pacientes do SUS em Curitiba e região metropolitana, atendendo especialidades clínicas e cirúrgicas, com leitos de enfermaria e UTI. Isso pode representar uma referência clara para os pais quando pensam em cuidados pediátricos. Além disso, é um hospital com quase um século de história com grande renome e reputação na comunidade, normalmente com referências de pessoas que já utilizaram o serviço e o recomendam para as demais, o que significa um grande atrativo para que os pais confiem nos serviços e na qualidade do atendimento para as crianças. Rati et al. (2013) demonstraram que tais fatores possuíram também grande influência na escolha do PS pelos responsáveis, uma vez que o estudo foi realizado em um hospital referência em pediatria, com importante reputação na cidade e região metropolitana, o que fazia com que os usuários recebessem referências de amigos e parentes que demonstravam vínculo com a instituição.

A segunda principal razão citada pelos responsáveis foi a da procura pelo serviço porque a criança já realiza acompanhamento clínico no hospital. Foi optado por não excluir tais pacientes para demonstrar tal situação: os pacientes que realizam acompanhamento com especialidades clínicas e cirúrgicas no hospital possivelmente são orientados a procurarem a instituição se tiverem alterações em seus quadros de saúde. Entretanto, pela classificação de risco adotada pela instituição, se esses pacientes chegam ao PS com alterações que trazem potencial risco devido a sua comorbidade, eles não serão triados como não urgentes, e sim priorizados. Dessa forma, neste estudo foi demonstrado que um grande percentual de responsáveis têm dificuldade no discernimento se as razões são relacionadas à comorbidade e acabam tendo o hospital ainda como referência de atendimento independentemente da causa. Tal situação pode passar por dificuldade de entendimento dos pais e também por alguma deficiência no fornecimento das informações pelos profissionais de saúde. Isso pode representar um acúmulo de funções ao hospital, uma vez que ele acaba por absorver todas as queixas das crianças atendidas e também algum prejuízo às crianças que possivelmente não possuem um pediatra de acompanhamento de puericultura e acabam recorrendo a consultas apenas com especialistas.

Em terceiro lugar, a razão mais citada foi o fato do serviço do PS contar com pediatras/especialistas para atendimento. Kubicek et al. (2012) também demonstraram que os

pais possuem maior confiança no serviço de PS por possuírem pediatras e serem locais mais capacitados a atender crianças. Tal preferência pelo PS também foi demonstrada em um trabalho qualitativo, em que os pais demonstraram claramente que acreditam que os médicos do PS pediátrico são mais eficientes e mais qualificados para lidar com doenças agudas (BERRY et al., 2008). É importante adaptar tais relatos à realidade brasileira, uma vez que nossa estrutura de saúde e de formação de médicos tem particularidades, com grande parte dos médicos que se formam pediatras estando presentes nos hospitais, consultórios e UPAs, com pouco acesso da população a esses profissionais nas unidades básicas de saúde.

Por fim, a possibilidade de realização de exames no PS apresentou-se como a quarta principal razão de procura pelos acompanhantes e, juntamente com a presença de profissionais qualificados, representa um atrativo e fator de confiança no atendimento no PS (BERRY et al., 2008). Além disso, a possibilidade de realizar exames se mostrou como fator determinante de escolha pelo PS quando os pais julgaram que possivelmente a criança necessitaria, como demonstrado por Brousseau et al. (2011): “Se eu for ao consultório médico, eles não fazem raios-x, não gostam de certos testes ... então isso não me deixa outra escolha a não ser ir ao departamento de emergência” (BROUSSEAU et al., 2011, p. 378, tradução nossa). A requisição de exames complementares é de responsabilidade do médico avaliador da criança, que é quem define as indicações precisas após a história clínica e exame físico detalhados. Oliveira et al., em 2010, encontraram que, apesar da benignidade da maioria das doenças atendidas em PS pediátrico avaliado, realizaram-se exames complementares em 31,3% dos casos. Com isso, os autores afirmaram que a superutilização dos exames complementares, comparativamente aos diagnósticos não urgentes e a utilização de técnicas terapêuticas, poderá continuar a condicionar a população. Isso reforça a prática de recorrer primeiramente aos PS e justifica a manutenção desta controvérsia, além de dificultar cada vez mais a procura às unidades de menor complexidade, que poderiam proporcionar atendimento e solucionar grande parte dos problemas não urgentes (OLIVEIRA et al., 2010). Ou seja, apesar dos cuidadores terem a visão de que exames complementares podem representar uma melhor assistência à saúde, esse fato não se confirma, principalmente para causas não urgentes. Assim, os médicos assistentes devem ter a responsabilidade de solicitar exames com a parcimônia necessária e se responsabilizar por educar a população em relação a essa questão.

Vinelli et al. (2011) demonstraram diferença estatisticamente significativa entre os urgentes e não urgentes no que diz respeito à distância que os pacientes viviam do hospital, onde demonstrou que os cuidadores que viviam a menos de 15 quilômetros do hospital

consultaram com maior frequência por razões não urgentes. Curiosamente no atual estudo a razão da proximidade do hospital foi apenas a sexta mais citada e além disso, ao analisar a procedência das crianças, 57% delas não residiam em Curitiba. Ou seja, a maioria dos entrevistados eram provenientes de outros municípios e, mesmo por questões não urgentes, optaram por procurar o PS pediátrico. Somado a isso, apesar da expansão do Programa de Saúde da Família nos últimos anos, com expectativa de que a atenção básica absorvesse parte da procura da população e reduzisse a demanda aos PS, não foi o ocorrido e tem sido observado ainda aumento da demanda aos PS (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009). Dessa forma, podemos supor que a procura ocorre devido à principal razão já citada, de confiança no serviço, demonstrando que muitas vezes os responsáveis ainda optarão pelo serviço de reconhecida qualidade independentemente da distância.

A visão de urgência que os responsáveis têm do quadro de saúde da criança representa um importante fator no momento da escolha entre levar a criança ao PS ou a outro serviço (PHELPS et al., 2000; KALIDINDI et al., 2010). Para Fieldston et al. (2012), a preocupação com a gravidade da doença na criança foi um dos principais motivos para os responsáveis optarem por levá-las ao PS, sendo que neste estudo também foram entrevistados responsáveis de crianças triadas como não urgentes. Além disso, usualmente o entendimento da gravidade de um quadro de saúde pelos responsáveis é superestimado (KALIDINDI et al., 2010; KUBICEK et al., 2012; FREITAS et al., 2016), tal como demonstrado no presente estudo, em que 68% dos cuidadores referiram entender como urgente o quadro de saúde atual da criança, sendo que haviam sido triados como não urgências pela classificação de risco adotada. Kubicek et al. (2012) também demonstraram resultado similar quanto à categorização de urgência pelos cuidadores, com 63% de seus entrevistados afirmando que a situação de saúde da criança era “extremamente urgente” ou “muito urgente”, apesar de terem sido triadas como não urgentes.

Por outro lado, é imprescindível considerar os diferentes entendimentos possíveis do que é uma urgência ou uma emergência. Giglio-Jacquemot (2005), ao estudar perspectivas de urgências e emergências de profissionais de saúde e de usuários, trouxe à tona que existem diferentes entendimentos para tais conceitos. Por um lado há a visão médica e técnica desses conceitos, com definições “singularizantes” e “automatizadas” em relação às outras esferas da vida que não a biológica. Por outro lado, há a definição social dos que não possuem o conhecimento técnico, porém têm a carga cultural e social embutida, que determinarão sua própria classificação de uma urgência, configurando basicamente o que pode por sua vida em risco. Dessa forma, esses diferentes entendimentos podem ter um ponto de encontro em

situações em que ambos concordam que se trata de uma urgência ou emergência. Assim, tanto os profissionais ficam satisfeitos por atenderem o que lhes foi incumbido (como emergencistas), quanto o usuário ao ser atendido rapidamente e têm sua percepção de urgência reconhecida. No entanto, muitas vezes há o desencontro e então o embate entre os especialistas e os leigos, notadamente fazendo com que muitas vezes os profissionais menosprezem a visão de urgência dos usuários. Nesse estudo, ainda são demonstradas diferenças importantes entre os profissionais que atuam durante toda a assistência (médicos, enfermeiros, técnicos, motoristas, recepcionistas) e como, mesmo dentre esses, há grande variação de entendimento desses conceitos. Assim, a autora conclui que os entendimentos de urgência são plurais e devem ser analisados nos seus diversos contextos e participantes (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Outros autores já demonstraram a existência desse contraste de opiniões, como Salami, Salvador e Vega (2012), que pesquisaram as opiniões de cuidadores (de crianças que foram triadas como não urgentes no PS), médicos de atenção primária e médicos do PS. Encontraram que enquanto os profissionais de saúde consideraram como a principal causa de procura dos casos não urgentes a ausência de conhecimento pelos cuidadores do que se constitui uma real urgência, para os responsáveis a principal causa foi estar fora do horário de trabalho dos médicos de atenção primária. Consequentemente, os 70% dos profissionais concordaram que a solução às visitas era proporcionar educação aos usuários, enquanto que os cuidadores concordaram que uma solução seria ter mais médicos de atenção primária e em horários estendidos. Por fim, Kalidindi et al. (2010) reforçaram a dificuldade de conceitualização de urgência ou emergência entre os grupos (cuidadores, médicos e sistema de triagem), com a maior parte dos cuidadores reportando uma alta percepção de urgência, diferindo dos demais grupos. Porém, também apresentaram divergências quanto à classificação para casos não urgentes. Enquanto 6% dos pais não consideraram urgência o quadro de saúde, 31% desses foram considerados urgências pelos médicos. Dessa forma, as discrepâncias de visão de urgência entre profissionais e usuários, tal como demonstrado no atual estudo, está corroborada na literatura e demonstra uma grande dificuldade de padronização. Consequentemente, uma análise completa com os diferentes pontos de vista deve ser realizada para entendimento da procura com a devida contextualização de cenários e circunstâncias.

No presente estudo, 63% dos responsáveis relataram que procuraram atendimento prévio à ida ao PS e 42% havia realizado a procura até 24 horas antes de estar no PS do HPP. Os principais locais de procura prévia foram as UPAs, UBS, PS de outros hospitais e PS do

hospital em questão. Essa peregrinação por diferentes serviços de saúde à procura da resolução dos problemas é demonstrada também por Buboltz (2013), que expõe relatos de cuidadoras que procuraram diversos locais de atendimento antes de chegar ao PS e também acionaram suas redes de apoio (familiares, amigos) para conseguir solucionar os problemas de saúde das crianças. Nesse estudo, relatou-se a grande deficiência de resolutividade e de acesso aos serviços de atenção à saúde em todos os níveis, não havendo adequada referência e contrarreferência entre os serviços e articulação entre as redes de cuidado.

Os resultados do atual estudo divergem de outro estudo nacional realizado em Recife em 2005 que demonstrou que, dentre os cuidadores que haviam procurado o PS para atendimento, 61,5% das crianças não haviam utilizado outros serviços de saúde prévios e 39,4% das que haviam procurado haviam utilizado apenas o próprio PS. Algumas justificativas para a escolha pelo PS neste estudo foram acessibilidade geográfica, experiência prévia pessoal, satisfação com o atendimento e também disponibilidade de pediatras (KOVACS et al., 2005). Dessa forma, entende-se que o percentual de mais de 60% de procura por atendimentos prévios no presente estudo é considerado relevante, representando uma característica da população estudada acerca da procura de atendimento nos níveis de atenção em saúde.

Dentre os 106 acompanhantes que disseram ter procurado auxílio prévio em outros serviços, os locais mais buscados foram as UPAs em primeiro lugar (41%), seguido das UBS (22%). Tal resultado demonstra que grande parte dos usuários ainda buscou auxílio nos níveis de atenção primária e secundária antes de recorrer ao PS. O SUS tem em sua proposta a organização dos atendimentos em atenção primária, com acesso universal às UBS, atenção secundária, às UPAS, além da terciária com os serviços especializados, como hospitais. O pressuposto pelo sistema é que haja UBS e UPAS como os locais mais próximos às pessoas, com cobertura populacional abrangente e alta resolutividade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012). Entretanto, sabe-se que na realidade atual, a escassez tanto de estrutura física, quanto de pessoal, principalmente nos níveis de atenção primária e secundária é uma questão presente e que gera dificuldades de acesso à população (SOUZA et al., 2008). Dessa forma, esperar uma procura escalonada aos serviços de saúde pelos usuários, sendo que a disponibilidade dos serviços não ocorre como deveria, por vezes não é algo razoável. Entretanto, mesmo na possível deficiência de oferta, dos cuidadores que relataram ter procurado um primeiro auxílio, as UBS e UPAS foram os locais mais citados. Além disso, é importante lembrar que mais da metade de nossa amostra não residia na capital Curitiba. Tal fato pode representar que, apesar das possíveis dificuldades de acesso existentes, houve a

tentativa de procura prévia por atendimento nos serviços menos especializados.

No entanto, a maioria dos que buscaram auxílio nesses locais relatou ter ficado insatisfeita com o atendimento por diferentes razões, principalmente entre as UPAs e as UBS. Enquanto os que haviam procurado previamente a UPA como apoio queixaram-se de questões relativas ao quadro de saúde (insatisfação por discordar com o diagnóstico ou com a conduta tomada pelo médico, ou que a conduta tomada não foi resolutiva), quem havia procurado a UBS queixou-se principalmente de problemas estruturais (não ter conseguido atendimento médico, não haver médico no local). Dessa forma, demonstra-se a deficiência estrutural em relação aos níveis mais básicos de assistência, principalmente nas UBS, sendo que é recorrente também em outros estudos as queixas de dificuldade de marcação de consultas, demora para agendamento e falta de médicos nas unidades dentre os que frequentam o PS (BROUSSEAU; BERGHOLTE; GORELICK, 2004; STOCKWELL et al., 2010; RATI et al., 2013). Além disso, a não possibilidade de agendamento de consulta com o médico de rotina, a insatisfação com os atendimentos prévios recebidos e os longos tempos de espera para ter uma consulta foram mostradas diversas vezes na literatura como principais razões de procura ao PS (BERRY et al., 2008; VINELLI et al., 2011; FIELDSTON et al., 2012; SALAMI; SALVADOR; VEGA, 2012). Já Brousseau et al. (2011), ao entrevistarem médicos da atenção primária e cuidadores que levarem suas crianças ao PS e foram classificadas como não urgentes, encontraram que os pais queixaram-se repetidamente das dificuldades de acesso à atenção primária. Porém, ao entendimento dos médicos, foi relatado que por mais que eles se esforçassem para tentar melhorar a acessibilidade, continuavam incapazes de atender às necessidades de cada paciente, especificamente do subgrupo de pais que tinham maiores expectativas quanto à rapidez com que seus filhos precisavam de avaliação. Assim, novamente é relevante entender os dois pontos de vista, dos usuários e dos profissionais, para se chegar mais perto do real entendimento da situação. Ao analisar tais resultados, pode-se sugerir que o funcionamento do sistema apresenta erros, pois apesar dos possíveis esforços dos profissionais, a resolução de problemas como horários de funcionamento e capacidade de atendimento extrapolam seus papéis profissionais. Por fim, Fieldston et al. (2012) concluíram que, quando os pais estão preocupados com a saúde dos filhos, um sistema de saúde que não ofereça atendimento noturno, na madrugada ou nos fins de semana terá como consequência a escolha pelo PS.

A questão da discordância em relação ao diagnóstico ou conduta médica (“Não concorda com o diagnóstico ou com a conduta”, “Não ter resolvido o problema”, “A criança não foi bem tratada (falta de atenção)”) foi o quesito mais criticado pelos pais que procuraram

outros serviços previamente de forma geral e também dentre os que foram às UPAs (principal local de procura prévia). O que fica claro no presente estudo é a oposição entre o principal fator de insatisfação em relação aos outros serviços procurados previamente e a principal razão citada para procura ao PS (“Maior resolutividade/confiança no atendimento no hospital”). Ou seja, reforça-se como principal aspecto valorizado pelos cuidadores a confiança no serviço e a crença de resolutividade e que estes estão mais claramente relacionados aos serviços de atenção terciária. Oliveira, Mattos e Souza (2009) reforçam tal conceito, demonstrando que a acessibilidade, a confiabilidade e a resolutividade foram os fatores essenciais que os usuários levaram em conta para a escolha dos serviços. Além disso, demonstraram que tais fatores têm pendido mais à procura por PS, não por que os PS e os hospitais sejam locais ideais, mas pela imagem denegrida das UBS e UPAS. Reforçando a visão desgastada dos níveis assistenciais básicos, Mendes explicita que:

[...] o sistema de saúde público brasileiro fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Esse conceito distorcido de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde (MENDES, 2011, p. 51).

Outra possibilidade que pode ser refletida para o entendimento dos principais motivos de insatisfação dos cuidadores é a análise conjunta do tempo em que ocorreu a procura prévia. Quarenta e dois por cento alegaram ter ido a um serviço em até 24 horas antes de estarem no PS, o que representa um tempo curto de reavaliação. Uma possível suposição seria o fato de que os pais não tenham sido devidamente orientados em relação à evolução da doença, uso de medicações e acompanhamento do quadro com atenção aos sinais de alarme, além de devidas orientações para procurar novamente o serviço se necessário. Porém, também há a possibilidade de ansiedade dos pais e preocupação exacerbada em relação ao quadro de saúde, com reforço de tal hipótese ao considerarmos a visão de urgência referida pelos pais (68% consideraram que o quadro atual da criança seria uma urgência).

Quando perguntados se haviam frequentado previamente o PS por outras queixas nos últimos 6 meses, 65% dos entrevistados afirmaram que haviam frequentado, com 39% desses referindo que haviam levado a criança 4 vezes ou mais nesse período. Usuários frequentes são uma preocupação ao sistema de saúde, pois geram superlotação com as mesmas consequências relacionadas às procuras não urgentes, como sobrecarga dos serviços à equipe

de saúde, aumento do tempo de espera e aumento de pacientes que deixam o serviço sem serem vistos (TIMM; HO; LURIA, 2008; VINELLI et al., 2011). Segundo Locker et al. (2007), uma das definições para usuários frequentes é a dos pacientes com 4 ou mais consultas em um ano. A taxa encontrada neste estudo é consideravelmente elevada, especialmente quando levado em conta que 23% referiram ter frequentado mais do que 5 vezes nos últimos 6 meses. Porém, esses dados devem ser comparados com cautela, pois os demais estudos na literatura são usualmente baseados em recortes retrospectivos de 12 meses e por vezes considerando mais de uma instituição. Estudo canadense demonstrou taxa de 4,7% de usuários frequentes (5 ou mais visitas em um ano) durante um ano de acompanhamento em um PS pediátrico, sendo que consideraram todos os pacientes, independentemente da classificação de risco (SEGUIN et al., 2017). Além disso, esse mesmo estudo demonstrou como fatores preditores de uso frequente do PS: pacientes que apresentaram uma classificação de risco mais grave em sua primeira visita ao PS, crianças com baixa idade e baixo status sócio econômico. Semelhante resultado foi obtido em um estudo multicêntrico incluindo 22 PS nos Estados Unidos, com uma taxa de 4% de usuários de alta frequência (neste estudo, considerando 4 ou mais visitas em um ano). Um detalhe é que desconsideraram visitas que aconteceram em até 3 dias uma da outra, pois consideraram progressão da mesma doença (ALPERN et al., 2014). Outro estudo norte americano que estudou crianças de até 3 anos de idade, encontrou taxa de 14% de usuários frequentes (5 ou mais consultas nos primeiros 36 meses), com a maioria das visitas sendo classificadas como não urgentes e com os seguintes fatores sendo associados ao uso frequente: falta de assistência primária à saúde, seguro de saúde público e histórico de internamento prévio. Além disso, demonstrou que ter contato precoce com o PS (antes de 12 meses) associou-se ao aumento de visitas nos primeiros 2 anos de vida (CABEY et al., 2014). Por fim, Neuman et al. (2014) demonstraram uma taxa de 8,1% de usuários frequentes (4 ou mais visitas em 1 ano), realizado com 37 PS. Além disso, os autores encontraram que mais consultas foram realizadas quanto menor o nível de urgência, além de ser demonstrado que menores de 1 ano e sem doenças crônicas eram os maiores frequentadores.

Importante considerar que os estudos apresentam grande variabilidade de resultados por diferentes critérios de classificação, mas também por diferenças de população, prevalência de doenças e assistência de saúde (CABEY et al., 2014). No estudo em questão, possivelmente a alta prevalência de usuários frequentes pode ser justificada pelo hospital estudado ser o único exclusivamente pediátrico na cidade e em região metropolitana, assim como por ser amplamente reconhecido na sociedade local. Além disso, é preciso considerar

que no atual estudo os dados utilizados foram os relatos dos acompanhantes, ou seja, há a possibilidade de viés de memória por parte desses. Seria desejável que fosse realizada uma revisão dos prontuários hospitalares em um período mais abrangente para melhor análise e conclusão dos resultados.

Mais da metade (56%) dos cuidadores neste estudo relatou que a criança realizava consultas de rotina (puericultura). Enquanto alguns estudos demonstraram que, dentre as crianças que eram levadas ao PS por motivos não urgentes, a maioria possuía acesso e consultas na atenção primária (PHELPS et al. 2000; KALIDINDI et al., 2010), por outro lado, outros estudos demonstraram que há alguns fatores nessas consultas de atenção primária que podem ser determinantes para a ida ou não ao PS. Primeiramente, uma das características demonstradas para redução das visitas ao PS é a presença de um atendimento de atenção primária de “alta qualidade”, que é principalmente mensurado nos estudos por: “prestadores de cuidados primários que respeitam o que os pais têm a dizer”; “que ouvem atentamente”; “que passam tempo suficiente com as crianças”, refletido principalmente nas visitas entre os menores de 2 anos (BROUSSEAU et al., 2007; ALELE et al., 2018). Outros autores demonstraram como fator determinante para frequentar ou não o PS a continuidade nas consultas de puericultura, caracterizada por um maior número de consultas com o mesmo médico, e com isso determinaram que pacientes de baixa continuidade apresentaram um aumento de risco de utilizarem o PS e de serem hospitalizadas (CHRISTAKIS et al., 2001). Ou seja, podemos entender que o fato de ter consultas ou ter acesso à atenção primária varia como fator de procura ao PS conforme a avaliação de outros fatores (como qualidade e frequência), que não apenas a realização de consulta.

A educação em saúde foi pesquisada neste estudo por meio dos questionamentos quanto ao recebimento de orientação sobre sinais de alarme e orientação sobre os diferentes locais de atendimento nos níveis de atenção em saúde (primária, secundária e terciária). Dessa forma, foi demonstrado que na maior parte dos casos os cuidadores referiram não ter recebido nenhuma informação, especialmente em relação às diferenças entre os níveis de atenção. Pais sem habilidade para reconhecimento entre quadros de saúde que representem ou não uma situação de urgência tendem a ficar inseguros e não terem discernimento para avaliar se a condição de seu filho é autolimitada, se pode ser tratada em casa, se deve ser vista em um ambiente de atenção primária ou se requer atenção imediata em um PS (YOFFE et al., 2011). Outros autores também demonstraram que uma considerável parcela dos responsáveis relatava não ter sido informada por profissionais da saúde sobre sinais para identificação de um quadro de urgência e/ou uso adequado do PS (BERRY et al., 2008; MAY et al., 2018;

BROUSSEAU et al., 2011; KUBICEK et al., 2012).

Em adição a isso, May et al. (2018) e Freitas et al. (2016) demonstraram que pais com menor educação em saúde além de superestimarem os sintomas e a gravidade dos filhos, procuram atendimento imediato mais precocemente. Em contrapartida, cuidadores com mais conhecimento relataram buscar segurança para o gerenciamento contínuo da doença e valorizaram os relacionamentos próximos com seu médico, além de estarem dispostos a esperar mais tempo por uma consulta e terem mais segurança de iniciar algum cuidado em casa.

Metade dos participantes da pesquisa de Kubicek et al. (2012) relataram não ter recebido informações sobre doenças comuns na infância de seus médicos de cuidados primários, baseado em uma cartilha da Sociedade Americana de Pediatria. Segundo esses cuidadores, dentre os quesitos menos informados, estavam como lidar com uma criança que tem dor de ouvido, dor de barriga, vômitos ou diarreia. Os autores propõem analisar duas vias, a primeira relativa à maneira com que a informação é passada e a segunda relativa à verificação da ocorrência da transmissão da informação.

Eisenberg et al. (2015) demonstraram uma deficiência importante de orientação, desta vez pela análise em relação aos cuidados de rotina com a criança informados aos responsáveis. Esses autores pesquisaram quais eram as principais influências sobre o que as mães entendiam de recomendação nos cuidados de rotina com filhos (amamentação, uso de chupeta, posição e local de dormir e vacinação) e comparou entre recomendações de médicos, de enfermagem, da mídia ou de familiares. Embora os médicos tenham sido citados como os que mais frequentemente aconselham, o estudo demonstrou que aproximadamente 45% das mães relataram não ter recebido informações (ou elas eram inconsistentes) sobre posição de dormir, amamentação e imunização dos profissionais de saúde (médicos ou enfermeiros).

A transmissão da educação em saúde é fortemente dependente dos profissionais de saúde atuantes e da sua colaboração nessa função, pois eles representam as principais fontes de informação perante a população. Com foco à área médica, um ponto de avaliação pode ser considerado a partir da formação acadêmica médica, com análise das grades curriculares e observação do direcionamento das universidades em relação à educação e comunicação com pacientes. A formação médica no Brasil tem em seu histórico eixos norteadores que foram principalmente centrados de modo tecnocientífico e sob a ótica estritamente dos processos patológicos, tendo sido pouco explorado o aprendizado para a realidade social em que são inseridos na prática médica (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018). Atualmente, os cursos de medicina passam por um processo de adaptação de currículo reelaborado com

direcionamento para a conexão da formação médica com os serviços públicos de saúde, em busca de que as práticas de saúde sejam norteadas na produção da integralidade e da humanização do cuidado. Tais mudanças curriculares foram propostas principalmente a partir de 2001, quando as Diretrizes Curriculares do Ensino Médico foram pautadas pelo Conselho Nacional de Educação, tendo como eixo central o papel social do aparelho formador e tendo presente nas novas diretrizes: integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde e o estímulo à participação ativa destes na construção do conhecimento (NOGUEIRA, 2009). Pode-se esperar, com base em tais mudanças curriculares que vêm sendo implementadas, um novo olhar gerado sobre o sujeito como indivíduo e suas complexidades sociais e sobre a produção do cuidado na atenção básica. A conscientização desde a formação dos futuros atuantes em saúde de que serão formadores de opinião e também educadores em saúde é fundamental para melhores resultados em todo o processo de atenção.

Dessa forma, ressalta-se a relevância da questão de educação em saúde aos responsáveis como forma de empoderamento, confiança e auxílio na tomada de decisões em relação à saúde de seus filhos. Além disso, reitera-se novamente a necessidade de avaliação bilateral da situação e também de propostas de melhora, tanto da parte dos profissionais de saúde, ao serem os principais responsáveis por fornecer informação, quanto dos pais ao buscarem informações.

A partir do atual estudo e com base em resultados já alcançados em pesquisas prévias, sugere-se a concentração de esforços e investimentos em dois principais campos como propostas de resolução às visitas não urgentes aos PS, o do acesso à atenção básica e o da educação em saúde aos responsáveis.

Primeiramente, melhorar o acesso aos serviços de atenção básica, o que já foi referido por diversos autores como parte importante da solução à sobrecarga dos PS, uma vez que as longas esperas por atendimento de um médico de atenção primária aumentaram as chances de uso não urgente dos PS (BROUSSEAU; BERGHOLTE; GORELICK, 2004; BERRY et al., 2008; FIELDSTON et al., 2012). Incentivar a puericultura com adequada continuidade dos cuidados das crianças, com a construção de um relacionamento médico-paciente de confiança, além de proporcionar melhor atenção à criança, faz com que ocorra um melhor entendimento do uso de recursos médicos. Essa abordagem de atenção continuada já foi confirmada como fator de redução de consultas no PS (CHRISTAKIS et al. 2001). Por fim, prover um sistema adequado de acolhimento nas UBS e possibilitar marcação de consultas no mesmo dia para

queixas agudas, além de melhorar a comunicação com a equipe de saúde com os pacientes e prolongar o horário de expediente são algumas sugestões para melhorar o acesso à atenção primária (BERRY et al., 2008).

A segunda medida, que é também proposta por alguns autores com resultados expressivos, é a melhora da educação em saúde dos responsáveis. Os pais desejam receber informações sobre doenças agudas, gravidade das doenças, onde e quando procurar atendimento e, a partir disso, pode-se obter redução do uso não urgente aos PS (BERRY et al., 2008; MCWILLIAMS et al., 2008; MAY et al., 2018). Um resultado significativo de redução de visitas não urgentes ao PS foi a partir de uma intervenção em um ambulatório pediátrico com distribuição de folhetos com instruções sobre como lidar com alguns problemas simples de saúde em casa e como tomar melhores decisões sobre quando serviços de emergência podem ser necessários. A partir dessa medida, Yoffe et al. (2011) alcançaram redução de 40% das visitas não urgentes a um PS pediátrico, em comparação ao grupo controle. Em outro estudo, por meio da colaboração entre médicos de atenção primária e os pesquisadores, os pais recebiam uma cartilha no PS formulada pelos médicos da atenção básica onde estava ilustrado os horários de atendimento e os caminhos a serem seguidos para escolher qual serviço de saúde procurar. A partir disso, foi verificada redução nas visitas não urgentes em comparação a um grupo controle, além dos pacientes passarem a utilizar mais a unidade básica como procura também por queixas agudas (STURM et al., 2014). Por fim, outros pesquisadores encontraram redução de 80% nas visitas ao PS por dor de ouvido entre os pais que receberam orientações, durante uma consulta de rotina, sobre como identificar dor de ouvido, como aliviá-la com segurança e como reconhecer sintomas de doenças mais graves que requerem atenção médica urgente (MCWILLIAMS et al., 2008). Entretanto, Fieldston et al. (2013) não alcançaram redução nas visitas ao PS após intervenção com uma palestra sobre manejo de doenças comuns da infância em casa (febre, resfriado), porém demonstraram aumento do conhecimento dos pais e da procura pelo serviço de atenção básica.

Diante disso, podemos entender que, muito provavelmente, ações isoladas não serão efetivas na redução das visitas não urgentes aos PS, tendo que se considerar a agregação de mudanças em diferentes áreas, de forma adequada a cada realidade, para que se tente melhorar o fluxo de atendimento desses pacientes.

6 CONCLUSÕES

- a) o número de consultas não urgentes no PS do hospital estudado foi superior aos vistos em estudos internacionais;
- b) o principal motivo para procura ao PS dentre os triados como não urgentes foi relacionado à confiança e resolutividade creditada ao serviço;
- c) a maior parte dos cuidadores superestimou a gravidade do quadro de saúde atual e a principal queixa apresentada foi febre;
- d) mais da metade dos usuários não eram procedentes de Curitiba e haviam procurado auxílio médico prévio à ida ao PS, em sua maioria em outras unidades (UBS e UPA);
- e) a maior parte dos cuidadores nunca havia recebido orientações sobre sinais de alarme na criança e orientações sobre o funcionamento dos níveis de atenção em saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurar entender a visão do usuário do sistema é fundamental para compreensão dos motivos e de como ocorre a procura por serviços de saúde, para que se pense em um possível remodelamento do sistema assistencial. Sem entender a vulnerabilidade da população, seus medos, suas crenças e seu caminho percorrido em busca de auxílio, é provável que julguemos erroneamente suas condutas, avaliando apenas o ponto final, a chegada “inadequada” ao PS. É importante que a parte assistencial capacitada (médicos, enfermeiros e todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde) que trabalha no SUS tente imaginar e entender a trajetória dos usuários para que assim haja um sistema de acolhimento e humanizado e que sirva prontamente aos cidadãos.

Além disso, foi demonstrada a importância da população ter acesso à saúde básica como um fator para reduzir as visitas não urgentes ao PS. Caso a porta de entrada ao sistema de saúde, como preconizada pelo SUS, deva ser pelas UBS, essas devem estar mais preparadas com aporte técnico e estrutural para conseguir suprir as demandas da sua população. Provavelmente enquanto áreas de saúde estiverem descobertas de médicos, faltarem senhas para atendimento de acolhimento, faltarem medicações nas UBS, os usuários procurarão resolver seus anseios e suas preocupações à sua maneira, procurando a porta de entrada ao seu alcance até que seja atendido e acolhido.

Partindo dos resultados e discussões deste estudo, pretende-se alertar à comunidade dos pediatras e médicos de atenção básica sobre as angústias e anseios dos pais e apresentar uma visão “do outro lado da mesa de atendimento”, que muitas vezes não é compartilhada pelos profissionais de saúde e propor que haja uma visão empática de todo processo de doença e de procura de auxílio que ocorre pelos cuidadores. Ainda, auxiliar na visão municipal e regional sobre os atendimentos pediátricos na saúde pública, uma vez que pelo nosso conhecimento, esse é o primeiro estudo a demonstrar uma das faces da superlotação dos PS pediátricos em Curitiba. Por fim, que este estudo possa servir para demonstrar a realidade dos usuários da saúde pública e sensibilizar os responsáveis administrativos a mudanças no sistema, uma vez que os profissionais podem atuar da melhor forma, a população pode procurar se orientar melhor, mas enquanto não houver mudanças estruturais profundas, possivelmente não veremos resultados baseados apenas nos esforços individuais.

O estudo apresentou algumas limitações. Por ter sido um protocolo extenso e aplicado por meio de um entrevistador, consequentemente tivemos uma amostra reduzida e selecionada por conveniência. Outro quesito a ser considerado é por conta do pronto-socorro ser em um

hospital pediátrico, o que pode representar uma limitação para maiores comparações com outras unidades de urgência que emergência que não sejam hospitalares. Ainda, devido às limitações de tempo e pessoal para coleta, esta foi realizada em 3 meses nos períodos disponíveis, gerando um possível viés de sazonalidade. Para tentar reduzir a influência do inverno e do verão, como as estações mais influentes sob esse quesito, foi optado pela realização da coleta em um período de clima moderado (primavera). Deve-se levar em consideração ainda, como limitação já citada previamente também em outros estudos da área, a classificação utilizada para caracterizar os não urgentes ser proveniente da própria instituição, podendo limitar maiores comparações.

Para o futuro, propõe-se uma ampliação do estudo, com aplicação de questionário aberto para as principais razões de procura, buscando uma análise qualitativa e mais aprofundada da questão.

REFERÊNCIAS

ALELE, F. O. et al. Non-urgent paediatric emergency department presentation: A systematic review. **Journal Of Paediatrics And Child Health**, [s.l.], v. 55, n. 3, p.271-277, 20 dez. 2018.

ALPERN, E. R. et al. Recurrent and High-frequency Use of the Emergency Department by Pediatric Patients. **Academic Emergency Medicine**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.365-373, abr. 2014.

ALTINO, R. de C. **Uso da rede de urgência e emergência e suas conexões com as unidades de atenção básica: uma análise transversal**. 2017. 68 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2017. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/150354/altino_rc_dr_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 10 out. 2018.

ARRUÉ, A. M. et al. Demanda de um pronto-socorro pediátrico: caracterização dos atendimentos de enfermagem. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 4, n. 7, p.1090-1097, abr. 2013.

BENAHMED, N. et al. Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. **European Journal Of Pediatrics**, [s.l.], v. 171, n. 12, p.1829-1837, 14 out. 2012.

BERNSTEIN, S. L. et al. The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. **Academic Emergency Medicine**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.1-10, jan. 2009.

BERRY, A. et al. Why Do Parents Bring Children to the Emergency Department for Nonurgent Conditions? A Qualitative Study. **Ambulatory Pediatrics**, [s.l.], v. 8, n. 6, p.360-367, nov. 2008.

BRASIL. **Portaria nº 354**, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html. Acesso em: 19 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Editora MS, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Saúde Suplementar**. Brasília, 2011, 1 ed. 148 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, vol 12).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Editora MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS - doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

BROUSSEAU, D. C. et al. Nonurgent Emergency-Department Care: Analysis of Parent and Primary Physician Perspectives. **Pediatrics**, [s.l.], v. 127, n. 2, p.375-381, 17 jan. 2011.

BROUSSEAU, D. C. et al. Quality of Primary Care and Subsequent Pediatric Emergency Department Utilization. **Pediatrics**, [s.l.], v. 119, n. 6, p.1131-1138, 1 jun. 2007.

BROUSSEAU, D. C.; BERGHOLTE, J.; GORELICK, M. H. The Effect of Prior Interactions With a Primary Care Provider on Nonurgent Pediatric Emergency Department Use. **Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine**, [s.l.], v. 158, n. 1, p.78-82, 1 jan. 2004.

BUBOLTZ, F. L.; SILVEIRA, A. da; NEVES, E. T. Estratégias de famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.1027-1034, 24 nov. 2015.

BUBOLTZ, F. L. **Ações de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir de seu universo sócio-cultural**. 2013. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7400/BUBOLTZ%2C%20FERNANDA%20LUIZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 22 out. 2018.

CABEY, W. V. et al. Frequent Pediatric Emergency Department Use in Infancy and Early Childhood. **Pediatric Emergency Care**, [s.l.], v. 30, n. 10, p.710-717, out. 2014.

CACCIA-BAVA, M. C. G. et al. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, [s.l.], v. 44, n. 4, p.347-354, 30 dez. 2011.

CARMO, H.; FERREIRA, M. M. Amostragens não probabilísticas. In: CARMO, H.; FERREIRA, M. M. **Metodologia da Investigação**: Guia para auto-aprendizagem. 2. ed. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. p. 215-219.

CARRET, M. L. V. et al. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.1069-1079, 2011.

CECILIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.469-478, set. 1997.

CHRISTAKIS, D. A. et al. Association of Lower Continuity of Care With Greater Risk of Emergency Department Use and Hospitalization in Children. **Pediatrics**, [s.l.], v. 107, n. 3, p.524-529, 1 mar. 2001.

CONIL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Fiocruz/Hucitec, p. 563-614, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2077/14**, de 24 de julho de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triage de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, v. 2, n. 22, p.188-198, 2012. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/101>. Acesso em: 3 ago. 2018.

CROCETTI, M.; MOGHBELI, N.; SERWINT, J. Fever Phobia Revisited: Have Parental Misconceptions About Fever Changed in 20 Years?. **Pediatrics**, [s.l.], v. 107, n. 6, p.1241-1246, 1 jun. 2001.

DERLET, R. W.; RICHARDS, J. R.. Overcrowding in the nation's emergency departments: Complex causes and disturbing effects. **Annals Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 35, n. 1, p.63-68, jan. 2000.

EISENBERG, S. R. et al. Maternal Report of Advice Received for Infant Care. **Pediatrics**, [s.l.], v. 136, n. 2, p.315-322, 27 jul. 2015

FAORO, N. T.; RUSTICK, S. R. B.; CUBAS, R. F. **Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2018-2021**. Curitiba, 2017.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 5, n. 3, p.319-328, set. 2005.

FIELDSTON, E. S. et al. Effects of an Education and Training Intervention on Caregiver Knowledge of Nonurgent Pediatric Complaints and on Child Health Services Utilization. **Pediatric Emergency Care**, [s.l.], v. 29, n. 3, p.331-336, mar. 2013.

FIELDSTON, E. S. et al. A Qualitative Assessment of Reasons for Nonurgent Visits to the Emergency Department. **Pediatric Emergency Care**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.220-225, mar. 2012.

FREITAS, A. C. et al . Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. **Nascer e Crescer**, Porto , v. 25, n. 3, p. 136-140, set. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542016000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 nov. 2018.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ, 2005. 192 p.

KALIDINDI, S. et al. Parental Perception of Urgency of Illness. **Pediatric Emergency Care**, [s.l.], v. 26, n. 8, p.549-553, ago. 2010.

KOVACS, M. H. et al . Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 81, n. 3, p. 251-258, jun. 2005.

KUBICEK, K. et al. A profile of nonurgent emergency department use in an urban pediatric hospital. **Pediatric Emergency Care**, [s.l.], v. 28, n. 10, p.977-984, out. 2012.

LOCKER, T. et al. Defining frequent use of an urban emergency department. **Emergency Medicine Journal**, [s.l.], v. 24, n. 6, p.398-401, 1 jun. 2007.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 42, n. 4, p.66-73, dez. 2018.

MAROTTI, J. et al. Amostragem em pesquisa clínica: Tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.186-194, maio 2008.

MAY, M. et al. Why Parents Seek Care for Acute Illness in the Clinic or the ED: The Role of Health Literacy. **Academic Pediatrics**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.289-296, abr. 2018.

MCWILLIAMS, D. B. et al. A Program of Anticipatory Guidance for the Prevention of Emergency Department Visits for Ear Pain. **Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine**, [s.l.], v. 162, n. 2, p.151-156, 1 fev. 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

NAOURI, D. et al. The French Emergency National Survey: A description of emergency departments and patients in France. **Plos One**, [s.l.], v. 13, n. 6, p.1-20, 14 jun. 2018.

NEUMAN, M. I. et al. Characteristics of Recurrent Utilization in Pediatric Emergency Departments. **Pediatrics**, [s.l.], v. 134, n. 4, p.1025-1031, 15 set. 2014.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 33, n. 2, p.262-270, jun. 2009.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P. de; SETA, M. H. de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 14, n. 5, p.1881-1890, dez. 2009.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde: A atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: EDUFMA, 2016. 54 p.

OLIVEIRA, A. et al. Serviço de Urgência Pediátrico: casuística de um hospital com serviço de Pediatria Geral. **Saúde Infantil**, Coimbra, v. 32, n. 2, p.53-58, set. 2010.

OLIVEIRA, L. H. de; MATTOS, R. A. de; SOUZA, A. I. S. de. Cidadãos peregrinos: os. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 14, n. 5, p.1929-1938, dez. 2009.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não Probabilística: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas. **Administração Online**, [s.l.], v. 2, n. 3, p.1-15, set. 2001.

PHELPS, K. et al. Factors Associated With Emergency Department Utilization for Nonurgent Pediatric Problems. **Archives Of Family Medicine**, [s.l.], v. 9, n. 10, p.1086-1092, 1 nov. 2000.

RAFAEL, M. S. et al. Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. **Scientia Medica**, [s.l.], v. 27, n. 1, p.1-8, 25 jan. 2017.

RATI, R. M. S. et al. “Criança não pode esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 12, p.3663-3672, dez. 2013.

SALAMI, O.; SALVADOR, J.; VEGA, R. Reasons for Nonurgent Pediatric Emergency Department Visits. **Pediatric Emergency Care**, [s.l.], v. 28, n. 1, p.43-46, jan. 2012.

SCHMITT, B. D. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. **American Journal of Diseases of Children**, [s.l.], v. 134, n. 2, p.176-181, fev. 1980.

SEGUIN, J. et al. Frequent users of the pediatric emergency department. **Cjem**, [s.l.], v. 20, n. 3, p.401-408, 6 abr. 2017.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.100-110, 2008.

STOCKWELL, M. S. et al. Change in Parental Reasons for Use of an Urban Pediatric Emergency Department in the Past Decade. **Pediatric Emergency Care**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.181-185, mar. 2010.

STURM, J. J. et al. Reconnecting Patients With Their Primary Care Provider. **Clinical Pediatrics**, [s.l.], v. 53, n. 10, p.988-994, 8 jul. 2014.

TIMM, N. L.; HO, M. L.; LURIA, J. W. Pediatric Emergency Department Overcrowding and Impact on Patient Flow Outcomes. **Academic Emergency Medicine**, [s.l.], v. 15, n. 9, p.832-837, set. 2008.

VASCONCELOS, C.; PASCHE, D. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Fiocruz/Hucitec, p. 531-562, 2006.

VEDOVETTO, A. et al. The Burden of Inappropriate Emergency Department Pediatric Visits: Why Italy Needs an Urgent Reform. **Health Services Research**, [s.l.], v. 49, n. 4, p.1290-1305, 5 fev. 2014.

VEEN, M. V. et al. Referral of nonurgent children from the emergency department to general practice. **European Journal Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.14-19, fev. 2012.

VINELLI, N. F. et al. Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico. **Arch Argent Pediatr**, Buenos Aires, v. 109, n. 1, p.8-13, out. 2010.

WONG, A. C. et al. Why Do Parents Bring Their Children to the Emergency Department? A Systematic Inventory of Motives. **International Journal Of Family Medicine**, [s.l.], v. 2015, p.1-10, 2015.

YOFFE, S. J. et al. A Reduction in Emergency Department Use by Children From a Parent Educational Intervention. **Family Medicine**, [s.l.], v. 43, n. 2, p.106-111, fev. 2011.

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE PESQUISA

Sexo da criança

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Qual a relação do acompanhante com a criança?

- ☐ Mãe
- ☐ Pai
- ☐ Avó / avô
- ☐ Tia / tio
- ☐ Irmã / irmão
- ☐ Outros

Qual a idade do acompanhante?

Qual é a idade da criança?

- ☐ 0 meses
- ☐ 1 mês
- ...
- ☐ 11 meses
- ☐ 1 ano
- ☐ 2 anos
- ...
- ☐ 18 anos

Qual é a cidade que a criança mora?

- ☐ Curitiba
- ☐ outras opções

Quem passa mais tempo de convívio com a criança?

- ☐ Mãe
- ☐ Pai
- ☐ Avó / avô

- ☐ Tia / tio
- ☐ Irmã / irmão
- ☐ Babá / cuidadora
- ☐ Outros

Qual é o principal problema de saúde da criança nesse momento?

- ☐ Febre
- ☐ Vômitos
- ☐ Tosse
- ☐ Dor abdominal
- ☐ Dor de cabeça
- ☐ Manchas na pele
- ☐ Odinofagia
- ☐ Obstrução nasal / coriza
- ☐ Diarreia
- ☐ Trauma / queda
- ☐ Dores em membros
- ☐ Outros

Já havia procurado outro local de atendimento antes de vir ao PS desta vez?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ não sabe

Se sim, qual (último local)?

- ☐ Posto de saúde
- ☐ PS (Hospital Pequeno Príncipe)
- ☐ PS (outro hospital)
- ☐ UPA
- ☐ Pediatra que acompanha a criança
- ☐ Outros

Se sim, há quanto tempo antes de vir aqui?

- ☐ 1 dia

- ☐ 2 dias
- ☐ 3 dias
- ☐ 4 dias
- ☐ 5 dias
- ☐ 6 dias
- ☐ há 7 dias ou mais

Você ficou satisfeito com o atendimento recebido nesse local?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Mais ou menos

Se não ficou satisfeito, por que não (principal motivo)?

- ☐ Não concorda com o diagnóstico ou com a conduta
- ☐ Não tem confiança no médico que a atendeu
- ☐ Não resolveu o problema
- ☐ Não foi um pediatra que avaliou a criança
- ☐ Não conseguiu ser atendida (não teve horário ou médico para consulta)
- ☐ Muito tempo de espera
- ☐ A criança não foi bem tratada
- ☐ O atendimento foi muito rápido
- ☐ O médico não lhe explicou nada sobre a doença
- ☐ Não foram pedidos exames complementares
- ☐ Serviço que procurou estava fechado
- ☐ Outros

Você classifica sua procura ao PS como urgente ou como não urgente?

- ☐ Urgente
- ☐ Não urgente
- ☐ Não sabe

Você sabia que a criança iria passar por triagem aqui no pronto socorro?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Qual o principal motivo do sr(a) ter optado por trazer a criança aqui, neste local (pronto socorro do HPP)?

- ☐ Atendimento mais rápido / não precisa agendar
- ☐ Maior resolutividade/confiança no atendimento no hospital
- ☐ Possibilidade de realizar exames
- ☐ Maior proximidade (distância)
- ☐ Ter pediatras/especialistas no pronto socorro
- ☐ Demora para agendar consultas na UBS
- ☐ Não confiar no médico da UBS para atender criança
- ☐ Falta de fichas para consulta na unidade de saúde (UBS)
- ☐ Não ter pediatra na Unidade de Saúde (UBS)
- ☐ Encaminhada/ orientada a vir da UBS ou da UPA
- ☐ Realizar acompanhamento clínico no hospital
- ☐ Outros

No último semestre, já havia levado a criança a algum pronto socorro por outros motivos?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

Se sim, quantas vezes nos últimos 6 meses?

- ☐ 1 vez
- ☐ 2 vezes
- ☐ 3 vezes
- ☐ 4 vezes
- ☐ 5 vezes
- ☐ Mais de 5 vezes

A criança faz acompanhamento neste hospital por algum motivo?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

A criança frequenta / já frequentou a Unidade Básica de Saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

A criança faz consultas de rotina (não por causas agudas)?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

Alguma vez o(a) senhor(a) já foi informado sobre “sinais de alarme” na criança (sintomas, alterações na saúde da criança para ficar atento a alguma urgência com ela)?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

Já lhe foi explicado sobre o que deve ser atendido nos Postos de Saúde, o que na Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e o que nos hospitais?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Tatiana S. Becker e Débora C. Chong e Silva, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o(a) senhor (a) e a criança acompanhada por você, a participar de um estudo chamado “Motivos de procura aos Prontos Atendimentos pediátricos por causas não urgentes”. Tal trabalho tem importância para o conhecimento dos motivos que levam as pessoas a procurarem os prontos atendimentos pediátricos, podendo-se com isso planejar melhorias para o funcionamento e atendimentos nesses locais.

O objetivo desta pesquisa é descrever quais são as razões que fazem com que as crianças/adolescentes sejam levadas aos prontos atendimentos pediátricos e que, quando são triadas por classificação de gravidade nesses locais, são classificadas como casos não urgentes.

Caso você participe da pesquisa, será necessário apenas responder a um questionário que será aplicado pela pesquisadora Tatiana S. Becker, com 17 perguntas, na sala de espera do pronto atendimento, com duração de aproximadamente 10 minutos e que de forma alguma retardará o atendimento da criança/adolescente. Caso a criança/adolescente seja chamada para atendimento, as perguntas serão interrompidas e, se possível, serão retomadas após o atendimento.

Alguns riscos que podem estar relacionados ao estudo são algum constrangimento para responder às perguntas, desconforto e cansaço. Em qualquer momento, caso deseje, você poderá se recusar a responder e participar da pesquisa.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são maior conhecimento da população que frequenta os prontos atendimentos pediátricos podendo gerar, no futuro, melhorias para o atendimento de seu(sua) filho(a) e de outras crianças, bem como para os serviços de prontos atendimentos e unidades básicas de saúde. Além disso, contribuirá para o conhecimento científico, possibilitando novas pesquisas e melhor entendimento do tema.

A pesquisadora Tatiana S. Becker está disponível para dúvidas no horário das 13h-17h, terça e quarta feira, no telefone (41) 995856430 e pelo email tatianascheuerbecker@gmail.com para esclarecimentos que o(a) sr (a) queira ter e fornecer-lhe as informações necessárias, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UFPR pelo Telefone (41) 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____



A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (orientadora do trabalho). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma de códigos, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (papéis, canetas) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)

Curitiba, data:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

(Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE)

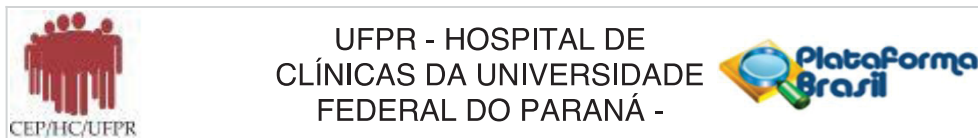
Curitiba, data:

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

ANEXO 1 - APROVAÇÃO CÔMITE DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Motivos de procura aos Prontos Atendimentos Pediátricos por causas não urgentes.

Pesquisador: Debora Carla Chong e Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68725617.8.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.131.678

Apresentação do Projeto:

Introdução e objetivos: a função de um serviço de emergência, como os prontos atendimentos, é a de prover tratamento para pacientes com situações de saúde agudas e graves, por classificação médica. Entretanto, causas não urgentes também fazem com que pais/acompanhantes/cuidadores levem seus filhos aos prontos atendimentos pediátricos, sendo crescente essa procura nos últimos anos, chegando a estimativas de 20 a 50% dos atendimentos realizados. Este trabalho objetiva pesquisar quais são as razões que fazem com que os pais procurem consulta médica em pronto atendimento para seus filhos em causas classificadas, por classificação de risco, como não urgentes. Métodos:

entrevistas conduzidas em serviços de emergência pediátricos em hospitais públicos, direcionadas aos responsáveis pelas crianças na cidade de Curitiba, durante 6 meses, entre os meses de março e agosto de 2018. Resultados esperados: alguns pontos principais possivelmente serão encontrados no estudo: dificuldade de acesso à atenção primária; facilidade de acesso no pronto atendimento; paciente que faz acompanhamento

em serviço especializado oferecido pelo hospital em questão e falta de conhecimento/educação médica em relação à saúde das crianças.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

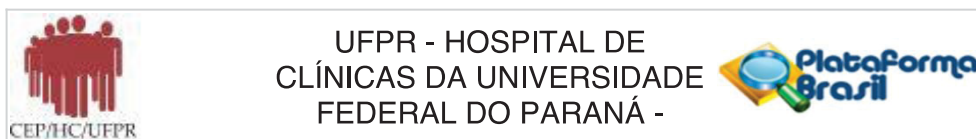
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.131.678

Hipótese:

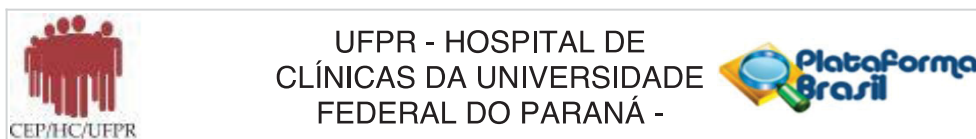
Atendimentos eletivos estão sendo realizados e consistem a maioria dos atendimentos pediátricos em Serviços de Emergência públicos e privados.

Buscamos confirmar este dado, avaliando as queixas, os motivos e quantificando este atendimento.

Metodologia Proposta:

O estudo será observacional analítico transversal prospectivo, realizado por meio de aplicação de questionários direcionadas aos acompanhantes de crianças no pronto atendimento do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e do Hospital Pequeno Príncipe. Serão coletados dados no período de março a agosto de 2018, em horário comercial, noturno e finais de semana, com um número total de entrevistas realizadas estimado em 500. Serão incluídos os acompanhantes de crianças de zero a quinze anos, das que forem classificadas no nível verde ou azul, por triagem de gravidade realizada pela enfermagem (utilização da escala de Manchester, em que verde significa que o caso exige atendimento médico, porém podendo ser de assistência ambulatorial; e azul, para casos de menor complexidade). A aplicação dos questionários será realizada na sala de espera do pronto atendimento, enquanto ocorre o aguardo pelo atendimento médico. O atendimento não será atrasado devido a entrevista. Caso o paciente seja chamado para atendimento, o acompanhante será convidado a terminar a entrevista quando novamente for conveniente. O recrutamento para participação na pesquisa ocorrerá durante a triagem realizada pela enfermagem, com os acompanhantes sendo informados da existência da pesquisa e brevemente orientados do conteúdo da mesma. O questionário consistirá em questões sobre acesso à atenção primária, consultas de rotina, conhecimento de sinais de alarme, percepção de gravidade, além de questionar qual a motivação da procura ao pronto atendimento. Terá duração aproximada de 5 minutos e será totalmente direcionado aos acompanhantes, contendo perguntas relacionadas à criança, porém sem questioná-las diretamente. Serão excluídas as crianças que os que os acompanhantes se recusarem a participar e as crianças que foram encaminhadas de outros serviços. O risco de participação no estudo consistirá na possibilidade de algum constrangimento para responder ao questionário, cansaço ou indisposição. Para minimizar tais riscos, a entrevista será idealmente realizada com o participante sentado, em ambiente o mais calmo e recatado possível. O participante será informado que a qualquer momento poderá desistir da participação no estudo e retirar seu termo de consentimento. O participante será informado dos benefícios da participação no estudo: maior conhecimento da população que frequenta os

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.131.678

prontos atendimentos pediátricos podendo gerar, no futuro, melhorias para o atendimento de seu(sua) filho(a) e de outras crianças, bem como para os serviços de prontos atendimentos e unidades básicas de saúde. Além disso, contribuirá para o conhecimento científico, possibilitando novas pesquisas e melhor entendimento do tema. Termo de consentimento livre e esclarecido será obtido de todos os participantes. O estudo deverá passar por aprovação do Comitê de ética e pesquisa.

Critério de Inclusão:

Crianças de zero a quinze anos, que forem classificadas no nível verde ou azul, por triagem de gravidade realizada pela enfermagem (utilização da escala de Manchester, em que verde significa que o caso exige atendimento médico, porém podendo ser de assistência ambulatorial; e azul, para casos de menor complexidade).

Critério de Exclusão:

Serão excluídas as crianças nas quais os acompanhantes se recusarem a participar e as crianças que foram encaminhadas de outros serviços para atendimento no Serviço de Emergência em questão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Pesquisar quais são as razões que fazem com que os pais procurem por consultas médicas em prontos atendimentos para seus filhos para causas classificadas como não urgentes pela classificações de risco adotada.

Objetivo Secundário:

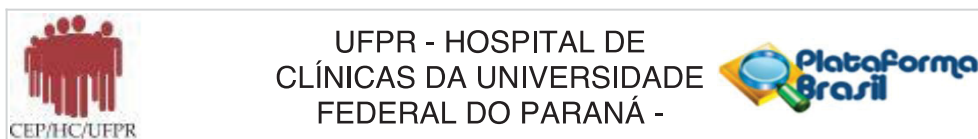
Planejar melhorias para o atendimento na atenção primária pediátrica, como importante acesso para saúde às famílias, seja para consultas de rotina, como para queixas agudas não urgentes; Traçar o perfil social, demográfico e cultural dos responsáveis pelos pacientes atendidos nos serviços de emergência, com ênfase naqueles cujo atendimento foi considerado não urgente pela classificações de risco adotada; Demonstrar a importância do acompanhamento de rotina das crianças, que traria mais segurança às famílias em relação aos cuidados com os filhos, além de prevenção de doenças ao longo da infância. Expor a importância da educação sobre saúde para a população, com orientação sobre os serviços de oferecidos (graus de complexidade, modelo assistencial do SUS), conhecimento de doenças comuns na infância e sinais de alarme.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco de algum constrangimento ao responder ao questionário, cansaço ou indisposição. Para

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.131.678

minimizar tais riscos, a entrevista será idealmente realizada com o participante sentado, em ambiente o mais calmo. O participante será informado que a qualquer momento poderá desistir da participação no estudo e retirar seu termo de consentimento.

Benefícios:

Benefícios: maior conhecimento da população que frequenta os prontos atendimentos pediátricos podendo gerar, no futuro, melhorias para o atendimento de seu(sua) filho(a) e de outras crianças, bem como para os serviços de prontos atendimentos e unidades básicas de saúde. Além disso, contribuirá para o conhecimento científico, possibilitando novas pesquisas e melhor entendimento do tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

PROJETO DE PESQUISA PARA MESTRADO EM SAÚDE, RELEVANTE E COM POTENCIAL BENEFÍCIO À COMUNIDADE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TERMOS APRESENTADOS DE ACORDO COM O PRECONIZADO.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

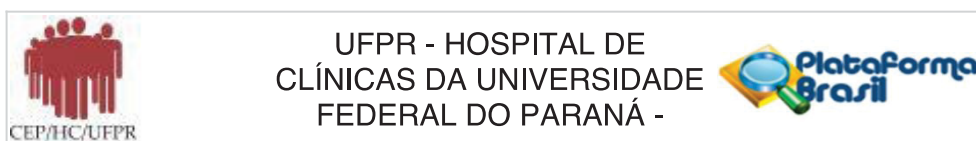
PROJETO EM CONDIÇÕES DE APROVAÇÃO PELO CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.131.678

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_920655.pdf	23/05/2017 11:18:02		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_instituicao_coparticipante.pdf	23/05/2017 11:17:10	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_do_diretor_tecnico_do_hospital_pequeno_principe.pdf	23/05/2017 11:16:46	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	qualificacao_de_todos_os_pesquisadores_e_colaboradores.pdf	23/05/2017 11:15:56	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade_com_a_pesquisa.pdf	23/05/2017 11:15:35	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivos.pdf	23/05/2017 11:14:57	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_uso_especifico_do_material_ou_dados_coletados.pdf	23/05/2017 11:14:22	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_tornar_publicos_os_resultados.pdf	23/05/2017 11:14:01	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_confidencialidade.pdf	23/05/2017 11:13:15	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_do_orientador_do_aluno.pdf	23/05/2017 11:12:55	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_cep.pdf	23/05/2017 11:12:33	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	23/05/2017 11:10:18	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_compromisso_dos_pesquisadores.pdf	23/05/2017 11:09:51	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_das_unidades_e_servicos_envolvidos.pdf	23/05/2017 11:08:43	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_mestrado.pdf	23/05/2017 11:07:38	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Outros	questionario.pdf	15/05/2017 16:54:46	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Orçamento	custos_estimados.pdf	15/05/2017 16:50:59	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Cronograma	cronograma_de_exec.pdf	15/05/2017 16:47:26	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	15/05/2017 16:02:00	Tatiana Scheuer Becker	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.131.678

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 22 de Junho de 2017

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

ANEXO 2 – APROVAÇÃO CÔMITE DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE

HOSPITAL DE CRIANÇAS
CÉSAR PERNETTA E
HOSPITAL PEQUENO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Motivos de procura aos Prontos Atendimentos Pediátricos por causas não urgentes.

Pesquisador: Debora Carla Chong e Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68725617.8.3001.0097

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.197.999

Apresentação do Projeto:

É a análise de um projeto observacional analítico transversal prospectivo, realizado por meio de aplicação de questionários direcionadas aos acompanhantes de crianças no pronto atendimento do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e do Hospital Pequeno Príncipe. Serão coletados dados no período de março a agosto de 2018, em horário comercial, noturno e finais de semana, com um número total de entrevistas realizadas estimado em 500. O questionário consistirá em questões sobre acesso à atenção primária, consultas de rotina, conhecimento de sinais de alarme, percepção de gravidade, além de questionar qual a motivação da procura ao pronto atendimento. O objetivo geral consiste em pesquisar quais são as razões que fazem com que os pais procurem por consultas médicas em prontos atendimentos para seus filhos para causas classificadas como não urgentes pela classificações de risco adotada.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Atendimentos eletivos estão sendo realizados e consistem a maioria dos atendimentos pediátricos

Endereço: Rua Desembargador Motta, nº 1070

Bairro: Água Verde

CEP: 80.250-060

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-1416

Fax: (41)3310-1416

E-mail: comissao.etica.pesquisa@hpp.org.br

HOSPITAL DE CRIANÇAS CÉSAR PERNETTA E HOSPITAL PEQUENO



Continuação do Parecer: 2.197.999

em Serviços de Emergência públicos e privados.

Buscamos confirmar este dado, avaliando as queixas, os motivos e quantificando este atendimento.

Objetivo Primário:

Pesquisar quais são as razões que fazem com que os pais procurem por consultas médicas em prontos atendimentos para seus filhos para causas

classificadas como não urgentes pela classificações de risco adotada.

Objetivo Secundário:

Planejar melhorias para o atendimento na atenção primária pediátrica, como importante acesso para saúde às famílias, seja para consultas de

rotina, como para queixas agudas não urgentes; Traçar o perfil social, demográfico e cultural dos responsáveis pelos pacientes atendidos nos

serviços de emergência, com ênfase naqueles cujo atendimento foi considerado não urgente pela classificações de risco adotada; Demonstrar a

importância do acompanhamento de rotina das crianças, que traria mais segurança às famílias em relação aos cuidados com os filhos, além de

prevenção de doenças ao longo da infância. Expor a importância da educação sobre saúde para a população, com orientação sobre os serviços

de oferecidos (graus de complexidade, modelo assistencial do SUS), conhecimento de doenças comuns na infância e sinais de alarme.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco de algum constrangimento ao responder ao questionário, cansaço ou indisposição. Para minimizar tais riscos, a entrevista será idealmente

realizada com o participante sentado, em ambiente o mais calmo. O participante será informado que a qualquer momento poderá desistir da

participação no estudo e retirar seu termo de consentimento.

Benefícios:

Benefícios: maior conhecimento da população que frequenta os prontos atendimentos pediátricos podendo gerar, no futuro, melhorias para o

atendimento de seu(sua) filho(a) e de outras crianças, bem como para os serviços de prontos atendimentos e unidades básicas de saúde. Além

disso, contribuirá para o conhecimento científico, possibilitando novas pesquisas e melhor

Endereço: Rua Desembargador Motta, nº 1070

Bairro: Água Verde

CEP: 80.250-060

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-1416

Fax: (41)3310-1416

E-mail: comissao.etica.pesquisa@hpp.org.br

HOSPITAL DE CRIANÇAS CÉSAR PERNETTA E HOSPITAL PEQUENO



Continuação do Parecer: 2.197.999

entendimento do tema

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

O estudo será observacional analítico transversal prospectivo, realizado por meio de aplicação de questionários direcionadas aos acompanhantes de crianças no pronto atendimento do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e do Hospital Pequeno Príncipe. Serão coletados dados no período de março a agosto de 2018, em horário comercial, noturno e finais de semana, com um número total de entrevistas realizadas estimado em 500. Serão incluídos os acompanhantes de crianças de zero a quinze anos, das que forem classificadas no nível verde ou azul, por triagem de gravidade realizada pela enfermagem (utilização da escala de Manchester, em que verde significa que o caso exige atendimento médico, porém podendo ser de assistência ambulatorial; e azul, para casos de menor complexidade). A aplicação dos questionários será realizada na sala de espera do pronto atendimento, enquanto ocorre o aguardo pelo atendimento médico. O atendimento não será atrasado devido a entrevista. Caso o paciente seja chamado para atendimento, o acompanhante será convidado a terminar a entrevista quando novamente for conveniente. O recrutamento para participação na pesquisa ocorrerá durante a triagem realizada pela enfermagem, com os acompanhantes sendo informados da existência da pesquisa e brevemente orientados do conteúdo da mesma. O questionário consistirá em questões sobre acesso à atenção primária, consultas de rotina, conhecimento de sinais de alarme, percepção de gravidade, além de questionar qual a motivação da procura ao pronto atendimento. Terá duração aproximada de 5 minutos e será totalmente direcionado aos acompanhantes, contendo perguntas relacionadas à criança, porém sem questioná-las diretamente. Serão excluídas as crianças que os que os acompanhantes se recusarem a participar e as crianças que foram encaminhadas de outros serviços. O risco de participação no estudo consistirá na possibilidade de algum constrangimento para responder ao questionário, cansaço ou indisposição. Para minimizar tais riscos, a entrevista será idealmente realizada com o participante sentado, em ambiente o

Endereço: Rua Desembargador Motta, nº 1070

Bairro: Água Verde

CEP: 80.250-060

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-1416

Fax: (41)3310-1416

E-mail: comissao.etica.pesquisa@hpp.org.br

HOSPITAL DE CRIANÇAS
CÉSAR PERNETTA E
HOSPITAL PEQUENO



Continuação do Parecer: 2.197.999

mais calmo e recatado possível. O participante será informado que a qualquer momento poderá desistir da participação no estudo e retirar seu termo de consentimento. O participante será informado dos benefícios da participação no estudo: maior conhecimento da população que frequenta os prontos atendimentos pediátricos podendo gerar, no futuro, melhorias para o atendimento de seu(sua) filho(a) e de outras crianças, bem como para os serviços de prontos atendimentos e unidades básicas de saúde. Além disso, contribuirá para o conhecimento científico, possibilitando novas pesquisas e melhor entendimento do tema. Termo de consentimento livre e esclarecido será obtido de todos os participantes. O estudo deverá passar por aprovação do Comitê de ética e pesquisa.

Critério de Inclusão:

Crianças de zero a quinze anos, que forem classificadas no nível verde ou azul, por triagem de gravidade realizada pela enfermagem (utilização da escala de Manchester, em que verde significa que o caso exige atendimento médico, porém podendo ser de assistência ambulatorial; e azul, para casos de menor complexidade).

Critério de Exclusão:

Serão excluídas as crianças nas quais os acompanhantes se recusarem a participar e as crianças que foram encaminhadas de outros serviços para atendimento no Serviço de Emergência em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequados, inclusive o TCLE que é completo e prevê não interferir no atendimento a ser prestado ao paciente.

É um estudo de co-participação no Hospital de Clínicas e Pequeno Príncipe, de dissertação de Mestrado da UFPR- Setor de Ciências da Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que conforme as normas da CONEP/MS o pesquisador deverá enviar ao CEP relatórios semestrais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador em caso de relevância. Salientamos ainda a necessidade do envio do relatório final do estudo.

Endereço: Rua Desembargador Motta, nº 1070

Bairro: Água Verde

CEP: 80.250-060

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-1416

Fax: (41)3310-1416

E-mail: comissao.etica.pesquisa@hpp.org.br

HOSPITAL DE CRIANÇAS CÉSAR PERNETTA E HOSPITAL PEQUENO



Continuação do Parecer: 2.197.999

Retirar junto ao CEP o TCLE e o Termo de Assentimento com rubrica e carimbo do CEP-HPP para aplicá-los. O mesmo deve ser feito em duas vias, uma ficando com o responsável legal e participante da pesquisa (termo de assentimento) e outra com o pesquisador, ambas assinadas e rubricadas por responsável legal, participante da pesquisa (termo de assentimento) e pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_920655.pdf	23/05/2017 11:18:02		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_instituicao_coparticipante.pdf	23/05/2017 11:17:10	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_do_diretor_tecnico_do_hospital_pequeno_principe.pdf	23/05/2017 11:16:46	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	qualificacao_de_todos_os_pesquisadores_e_colaboradores.pdf	23/05/2017 11:15:56	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade_com_a_pesquisa.pdf	23/05/2017 11:15:35	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivos.pdf	23/05/2017 11:14:57	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_uso_especifico_do_material_ou_dados_coletados.pdf	23/05/2017 11:14:22	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_tornar_publicos_os_resultados.pdf	23/05/2017 11:14:01	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_confidencialidade.pdf	23/05/2017 11:13:15	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_do_orientador_do_aluno.pdf	23/05/2017 11:12:55	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_cep.pdf	23/05/2017 11:12:33	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	23/05/2017 11:10:18	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_compromisso_dos_pesquisadores.pdf	23/05/2017 11:09:51	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_das_unidades_e_servicos_envolvidos.pdf	23/05/2017 11:08:43	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_mestrado.pdf	23/05/2017 11:07:38	Tatiana Scheuer Becker	Aceito

Endereço: Rua Desembargador Motta, nº 1070

Bairro: Água Verde

CEP: 80.250-060

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-1416

Fax: (41)3310-1416

E-mail: comissao.etica.pesquisa@hpp.org.br

HOSPITAL DE CRIANÇAS
CÉSAR PERNETTA E
HOSPITAL PEQUENO



Continuação do Parecer: 2.197.999

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_920655.pdf	15/05/2017 19:23:13		Aceito
Outros	questionario.pdf	15/05/2017 16:54:46	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Orçamento	custos_estimados.pdf	15/05/2017 16:50:59	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Cronograma	cronograma_de_exec.pdf	15/05/2017 16:47:26	Tatiana Scheuer Becker	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	15/05/2017 16:02:00	Tatiana Scheuer Becker	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

CURITIBA, 02 de Agosto de 2017

Assinado por:
NILTON KIESEL FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Desembargador Motta, nº 1070

Bairro: Água Verde

CEP: 80.250-060

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-1416

Fax: (41)3310-1416

E-mail: comissao.etica.pesquisa@hpp.org.br

ANEXO 3 – PRODUÇÃO ACADÊMICA

Manuscrito a ser submetido à revista Ciência & Saúde Coletiva.

TÍTULO: Diagnóstico situacional das procuras não urgentes a um pronto-socorro pediátrico: perspectivas dos usuários

TITLE: Situational diagnosis of nonurgent pediatric visits to an emergency department: users' perspectives

RESUMO Causas não urgentes têm sido frequentes entre os pacientes atendidos nos pronto-socorros (PS) pediátricos, com consequências aos pacientes, aos profissionais e ao sistema. Este estudo objetiva descrever as procuras não urgentes a um PS de hospital de referência pediátrico, sendo um estudo observacional descritivo, com coleta de dados direcionada aos responsáveis pelos pacientes. A maioria das procuras ocorreu por causas não urgentes (66%). Obteve-se amostra de 168 participantes, dos quais 63% haviam procurado previamente outros serviços de saúde. O principal motivo citado como razão de procura foi “ter o hospital como referência de resolutividade e confiança”. A maioria (68%) dos responsáveis entrevistados classificaram os quadros como urgências. Enquanto 63% disseram não ter recebido orientações sobre sinais de alarme na criança, 83% não haviam recebido informações sobre diferenças entre os níveis de atenção em saúde. A partir dos resultados, foi demonstrada que a compreensão das razões de procura ao PS deve ser avaliada conjuntamente ao contexto social, de educação e de acesso à saúde dos usuários. O estudo sugere a necessidade de melhorias em serviços de assistência primária, bem como incrementar a educação em saúde da população.

Palavras-chave Serviços Médicos de Emergência. Medicina de Emergência Pediátrica. Pronto-Socorro.

ABSTRACT Non urgent causes have been frequent in pediatric emergency departments (ED), leading to some consequences to patients, to health professionals and to the system. This study aimed to describe nonurgent pediatric visits to an emergency department of a reference pediatric hospital. It is an observational descriptive study with data collection directed to those responsible for patients. The majority (66%) of the visits to ED was constituted by nonurgent causes. The sample consisted of 168 participants, whose 63% had sought prior care before going to the ED. The main reason cited for the search of the ED was

"to have the hospital as a reference of resolutivity and trust". Most caregivers (68%) assessed their child's current condition as an urgency. While 63% reported not to have received information about alarming childhood symptoms, 83% did not receive information about the differences among health care organization. From the results, it was shown that understanding the reasons to ED search should be analyzed in conjunction with social context, users' educational and health system access. The study suggests a necessity of improvement in structural and people related issues in low complexity health care centers as well as direct efforts regarding health education. **Keywords** Pediatric emergency medicine. Emergency medical services. Emergency department.

INTRODUÇÃO

Os prontos-socorros (PS) são locais destinados à assistência de usuários em situação de saúde de urgência e emergência, com estrutura e profissionais especializados para esse fim, podendo esses serem serviços hospitalares ou não hospitalares¹. Entretanto, estudos demonstram que em média 50% do total de consultas nos PS na população pediátrica são casos classificadas como não urgentes, problemas de saúde que poderiam receber tratamento ambulatorial²⁻⁵. Em Maceió, um estudo em uma unidade de emergência apontou que apenas 16,8% das crianças e adolescentes atendidos em 1998, 2001 e 2004 apresentavam agravos adequados à complexidade oferecida pelo serviço⁶. Já em PS de hospitais de Recife, outro estudo revelou que apenas 15,2% dos casos que motivaram a demanda infantil eram compatíveis com o potencial tecnológico das unidades².

A ocorrência da procura direta aos hospitais por parte dos usuários para atendimentos não urgentes sobrecarrega esses serviços, com repercussão aos profissionais da saúde e preocupação aos gestores do sistema⁶. Algumas consequências que ocorrem são tempo de espera prolongado (com insatisfação dos acompanhantes, das crianças e também da equipe médica que trabalha sobrecarregada)⁷⁻⁸; descontinuidade dos cuidados de saúde⁷; aumento de custos para todo o sistema⁹, entre outros. Para além disso, a visão da população sobre casos de urgência e emergência parece ser baseada em múltiplos fatores subjetivos, culturais e sociais, junto às vivências pessoais. Embora haja definições técnicas para urgência e emergência, a população usuária possui definições próprias que acaba por gerar a procura por esse serviço⁶. Assim, parece haver uma divergência entre o que é urgência para a mãe ou acompanhante e o que é para o profissional de saúde e gestores.

Outro ponto importante para análise da situação desses pacientes em situação não urgente é a avaliação da forma de estruturação e de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e as deficiências de resolutividade na atenção primária e secundária, além das dificuldades de acesso aos serviços, falta de médicos nas unidades de saúde, tempo prolongado de espera para consultas e deficiências nas estruturas das unidades¹⁰. Dessa forma, o PS torna-se uma porta de entrada atrativa aos usuários, pois possui funcionamento 24 horas, profissionais especializados e exames complementares nas próprias instituições¹¹.

Alguns dos motivos da utilização dos PS pediátricos por causas não urgentes já foram destacados em estudos internacionais, como vantagens ao ser atendido nesses locais (rapidez, solicitação de exames), visão como centros mais especializados para consulta, insatisfação com os níveis de atenção primária e grande preocupação com o estado de saúde das crianças^{5,10,12}. Porém, ainda há poucos estudos acerca dos motivos especialmente na realidade brasileira, em que os estudos demonstram fatores demográficos e epidemiológicos dos pacientes que são atendidos nos PS, porém raros são os que detalham as razões referidas pelos acompanhantes para levar os pacientes aos serviços de PS, quando em quadros de saúde não urgentes^{2,13}.

Diante da relevância do tema como questão de saúde pública, da especificidade da organização de saúde no contexto brasileiro, das diferenças sociais e culturais existentes entre os contextos dos estudos apresentados e dos poucos estudos nacionais, faz-se necessário buscar dados relativos à realidade nacional motivados pelos resultados expressivos encontrados em âmbito internacional. Este trabalho tem como principal objetivo descrever as procuras não urgentes a um PS de hospital de referência pediátrico, demonstrando as principais razões para a escolha desse local, a trajetória prévia dos pacientes a outros serviços de saúde e descrever o conhecimento dos acompanhantes sobre temas em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa observacional descritiva com coleta de dados prospectiva, em que se visou descrever os aspectos da população e as frequências das ocorrências para que a partir disso, fossem realizadas inferências e hipóteses. A coleta de dados foi realizada de setembro a novembro de 2018 no pronto-socorro SUS do Hospital Pequeno Príncipe (HPP).

Os sujeitos deste estudo foram os acompanhantes de crianças que foram triadas como casos não urgentes, por classificação de risco adotada pelo hospital, que frequentaram o PS de um hospital exclusivamente pediátrico da rede pública, de referência para Curitiba e região. Foram critérios de inclusão: acompanhantes de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos atendidas no PS cuja classificação de risco tenha apontado as procuras como de baixo risco de gravidade/não urgências e que tenham consentido a participação pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e como exclusão: acompanhantes de crianças que haviam sido internadas recentemente, que representavam retornos para reavaliação médica do quadro de saúde prévio e quando os dados coletados foram incompletos.

A partir da população de estudo, foi obtida uma amostra não probabilística de conveniência sistematizada. A amostragem por conveniência é adequada e frequentemente utilizada para estudos exploratórios para geração de ideias e hipóteses. Nela, o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes podem representar um universo¹⁴⁻¹⁶. A pesquisadora foi a única pessoa que aplicou o instrumento de coleta e que esteve presente no local de coleta. A coleta foi realizada em sessões, de modo que contemplasse os turnos matutino, vespertino e noturno pelo menos uma vez para todos os dias da semana. Sua realização foi organizada de uma maneira viável aos meios disponíveis. Nos horários em que a pesquisadora esteve presente, selecionou a primeira criança/adolescente que havia sido classificada como não urgente e a partir daí, de acordo com o término de cada entrevista, uma criança a cada 15 minutos não sequencialmente à triagem, pois esta ocorria mais rapidamente do que o processo de aplicação das entrevistas. A pesquisadora coletou dados por aproximadamente 1 a 2 horas em cada turno.

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento de coleta que foi elaborado a partir de extensa revisão da literatura, baseando-se nas principais variáveis abordadas dos estudos mais relevantes da área^{5,9,11}. Continha perguntas de múltipla escolha e com respostas diretas, relacionadas à variáveis demográficas, variáveis relacionadas à procura pelo PS e variáveis relacionadas ao conhecimento de saúde e acompanhamento de saúde de rotina, sendo que a pesquisadora foi responsável pela aplicação das perguntas, com duração aproximada de 5 a 10 minutos cada.

A amostra foi calculada baseada na fórmula do cálculo do tamanho da amostra considerando amostragem das proporções e, assim que testes estatísticos demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis com o n suficiente, verificando-se

que a ampliação do número de participantes não alterava os resultados, optou-se por encerrar o procedimento de coleta de dados. As medidas de tendência central e de dispersão estão expressas em médias e desvio padrão para as variáveis contínuas de distribuição simétrica e em medianas, valores mínimo e máximo, para as de distribuição assimétrica. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de medidas de frequência absoluta e relativa. Os dados obtidos foram organizados em forma descritiva e por meio de tabelas de frequências.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética das duas instituições envolvidas: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e Hospital Pequeno Príncipe.

RESULTADOS

Foram realizadas 187 entrevistas no total, sendo que 17 casos constituíram a amostra do estudo piloto. Excluindo-se as coletas do estudo piloto, 170 acompanhantes responderam e em dois casos os dados não foram suficientes, totalizando 168 pacientes na amostra final do estudo. Nos períodos matutinos foram realizadas 45 coletas, 68 nos vespertinos e 55 nos noturnos. A tabela 1 apresenta os resultados referentes aos dados dos acompanhantes. A maioria (88%) dos acompanhantes eram mães e a média de idade dos acompanhantes foi de 31,4 anos \pm 9,7. A tabela 2 demonstra as características demográficas dos pacientes. Noventa (53%) eram do sexo masculino, com mediana de idade de 3 anos. A maioria (57%) não era procedente de Curitiba.

As principais queixas de saúde relatadas pelos acompanhantes foram, em primeiro lugar, febre (26%), seguido de tosse (13%) e vômitos (10%). Cento e quarenta e seis (87%) referiram que tinham conhecimento de que passaria pela triagem ao chegar para atendimento. As principais razões para terem escolhido levar a criança para atendimento no PS foram: “Maior resolutividade/confiança no atendimento no hospital” (49%); “Realizar acompanhamento clínico no hospital” (12%); Ter pediatras/especialistas no pronto-socorro (12%); “Possibilidade de realizar exames” (7%); e “Encaminhado / orientado a vir da UBS ou da UPA” (7%).

Quando questionados se achavam que o problema de saúde atual da criança era uma urgência, 68% responderam que sim, enquanto 29% não achavam ser uma urgência e 3% não sabiam. Dentre os acompanhantes que consideraram o quadro de saúde atual como uma

urgência, as principais queixas de saúde apresentadas foram: febre (27%); vômitos (11%); dor abdominal (10%) e tosse (8%). Ainda dentre os que consideram um quadro urgente, 28% das crianças tinham menos de 2 anos e os principais motivos para terem procurado o PS para atendimento foram: “Maior resolutividade/confiança no atendimento no hospital” (49%); “Ter pediatras/especialistas no pronto-socorro” (12%); e “Realizar acompanhamento clínico no hospital” (9%).

A maioria (63%) dos acompanhantes referiu que já havia procurado atendimento prévio pelo mesmo motivo, sendo que 41% relataram que o local prévio procurado foi a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 22% a Unidade Básica de Saúde (UBS). Desses, 41% havia procurado atendimento em até 1 dia antes; 17% em até 2 dias antes e 25% há 5 dias ou mais (tabela 3). Dos 106 participantes que referiram ter procurado atendimento prévio, 52% relataram não ter ficado satisfeito com o atendimento recebido nesses locais, sendo as principais razões de insatisfação: “Não concorda com o diagnóstico ou com a conduta” (25%), “Não ter resolvido o problema” (21%) e “A criança não foi bem tratada (falta de atenção)” (12%).

Dentre os que procuraram a UPA como atendimento prévio, 70% relataram não terem ficado satisfeitos com o atendimento, sendo as principais queixas: “Não concorda com o diagnóstico ou com a conduta” (20%), “Não ter resolvido o problema” (18%) e “A criança não foi bem tratada (falta de atenção)” (14%). Já dos que procuraram a UBS como atendimento prévio, 61% relataram não terem ficado satisfeitos com o atendimento, tendo como principais motivos diferentes dos demais: “Não conseguiu atendimento médico” (29%), “Não havia médico no local” (21%) e “Não concorda com o diagnóstico ou com a conduta” (21%).

Cento e nove acompanhantes (65%) referiram que levaram o paciente ao PS outras vezes nos últimos 6 meses devido a outras queixas. Dentre esses, 25% disseram que levaram até 1 vez; 24% até 2 vezes; 23% mais que 5 vezes. A maioria dos acompanhantes (65%) relatou que a criança frequenta ou já frequentou a UBS. Noventa e cinco (56%) entrevistados disseram que a criança realiza consultas de puericultura de rotina. Quando questionados se já haviam recebido alguma orientação por profissionais da saúde sobre percepção de sinais de alarme na criança, 107 (63%) disseram que nunca receberam nenhuma orientação prévia. Quando questionados se algum profissional da área da saúde já havia lhes orientado sobre

quais as diferenças para procura de atendimento entre as UBS, UPAS e hospitais, 139 (83%) referiram não ter recebido em nenhum momento essa informação.

DISCUSSÃO

Nos meses em que foi realizada a coleta de dados, 66% das consultas triadas foram classificadas como não urgentes, valor ligeiramente superior aos 37 a 60% encontrados nos Estados Unidos¹⁷, também aos 40 a 60% em estudos europeus^{5,7} e 59% em um estudo argentino¹⁸. Entretanto, o percentual encontrado no hospital em questão pode ser considerado baixo quando analisado frente aos demais dados brasileiros de consultas não urgentes em PS pediátricos, em que são demonstrados valores entre 56 e 96% de consultas não urgentes nas unidades de PS pediátrico^{2,6,13}.

A febre foi citada como principal preocupação quando questionados pela queixa de saúde, representando 25% de todas as queixas. Quando em vista outros estudos sobre consultas não urgentes nos PS, a febre manteve-se unanimemente como principal queixa^{6,10,19}. O termo “febre-fobia” foi cunhado por Schmitt²⁰ em 1980 para representar a ansiedade e insegurança por parte dos pais frente a um quadro de febre, com conseqüentes especulações inapropriadas sobre febre, como possibilidades de sequelas graves (principalmente neurológicas) e possibilidade de elevação da temperatura até altos níveis, caso não tratada com antitérmicos. Crocetti et al.²¹ afirmaram que os pais acreditam que a febre mais signifique uma doença do que um sinal ou sintoma de uma enfermidade, levando a um erro de entendimento do processo de doença. Somando-se a isso, outro estudo verificou que, quando o sintoma preocupante aos pais era febre, os pais apresentavam mais dificuldade em diferenciar o grau de urgência, tendendo a aumentar a visão de gravidade²².

A razão de procura mais citada pelos acompanhantes foi “maior resolutividade/confiança no atendimento no hospital”. Um estudo em Recife em cinco PS pediátricos, encontraram que a legitimidade do PS perante a população (“é uma boa referência”, “o atendimento é o melhor”, “tem mais recursos”, “muito conceituado”) também foi o motivo de justificativa de procura mais citado². Rati et al.⁶, em Belo Horizonte, reafirmaram tal preferência aos serviços de PS a partir de depoimentos de mães que relataram como motivos principais de busca ao PS: resolutividade, qualidade, especificidade para atendimento de crianças, facilidade de acesso, experiências e recomendações. Não obstante a essas razões já corroboradas em outros estudos como relevantes por confiança nos PS para

que os pais o escolham mesmo em motivos não urgentes, o hospital estudado em questão possui características próprias que podem contribuir para essa conduta dos responsáveis: o Hospital Pequeno Príncipe é o único hospital exclusivamente pediátrico que recebe pacientes do SUS em Curitiba e região metropolitana, com grande renome e reputação na comunidade. Isso pode representar uma referência clara para os pais quando pensam em cuidados pediátricos e também foi demonstrado em outro estudo brasileiro, no qual tais fatores possuíram também grande influência na escolha do PS pelos responsáveis, uma vez que o estudo foi realizado em um hospital referência em pediatria, com importante reputação na cidade e região metropolitana, o que fazia com que os usuários recebessem referências de amigos e parentes que demonstravam vínculo com a instituição⁶.

A segunda principal razão citada pelos responsáveis foi a da procura pelo serviço porque a criança já realiza acompanhamento clínico no hospital. Foi optado por não excluir tais pacientes para demonstrar que um grande percentual de responsáveis têm dificuldade no discernimento se as razões são relacionadas à comorbidade e acabam tendo o hospital ainda como referência de atendimento independentemente da causa, pois caso as situações de saúde fossem relacionadas à comorbidade, os pacientes seriam priorizados. Tal situação pode passar por dificuldade de entendimento dos pais e também por alguma deficiência no fornecimento das informações pelos profissionais de saúde. Isso pode representar um acúmulo de funções ao hospital, uma vez que ele acaba por absorver todas as queixas das crianças atendidas e também algum prejuízo às crianças que possivelmente não possuem um pediatra de acompanhamento de puericultura e acabam recorrendo a consultas apenas com especialistas.

Em terceiro lugar, a razão mais citada foi o fato do serviço do PS contar com pediatras/especialistas para atendimento. Kubicek et al.¹¹ também demonstraram que os pais possuem maior confiança no serviço de PS por possuírem pediatras e serem locais mais capacitados a atender crianças. Tal preferência pelo PS também foi demonstrada em um trabalho qualitativo, em que os pais demonstraram claramente que acreditam que os médicos do PS pediátrico são mais eficientes e mais qualificados para lidar com doenças agudas¹⁰. É importante adaptar tais relatos à realidade brasileira, uma vez que nossa estrutura de saúde e de formação de médicos tem particularidades, com grande parte dos médicos que se formam pediatras estando presentes nos hospitais, consultórios e UPAS, com pouco acesso da população a esses profissionais nas unidades básicas de saúde.

Por fim, a possibilidade de realização de exames no PS apresentou-se como a quarta principal razão de procura. Um estudo português verificou que, apesar da benignidade da maioria das doenças atendidas em PS pediátrico avaliado, realizaram-se exames complementares em 31,3% dos casos. Com isso, os autores afirmaram que a superutilização dos exames complementares, comparativamente aos diagnósticos não urgentes e a utilização de técnicas terapêuticas, poderá continuar a condicionar a população²³. Isso reforça a prática de recorrer primeiramente aos PS e justifica a manutenção desta controvérsia, além de dificultar cada vez mais a procura às unidades de menor complexidade, que poderiam proporcionar atendimento e solucionar grande parte dos problemas não urgentes. Assim, os médicos assistentes devem ter a responsabilidade de solicitar exames com a parcimônia necessária e se responsabilizar por educar a população em relação a essa questão.

Apesar de proximidade física do PS ter sido demonstrado como um fator predisponente às consultas não urgentes¹⁸, no atual estudo a razão de proximidade foi apenas a sexta mais citada e além disso, ao analisar a procedência das crianças, 57% delas não residiam em Curitiba. Ou seja, a maioria dos entrevistados eram provenientes de outros municípios e, mesmo por questões não urgentes, optaram por procurar o PS pediátrico. Dessa forma, podemos supor que a procura ocorre devido à principal razão já citada, de confiança no serviço, demonstrando que muitas vezes os responsáveis ainda optarão pelo serviço de reconhecida qualidade independentemente da distância.

A visão de urgência que os responsáveis têm do quadro de saúde da criança representa um importante fator no momento da escolha entre levar a criança ao PS ou a outro serviço^{9,24}. Além disso, usualmente o entendimento da gravidade de um quadro de saúde pelos responsáveis é superestimado^{11,24,25}, tal como demonstrado no presente estudo, em que 68% dos cuidadores referiram entender como urgente o quadro de saúde atual da criança. Por outro lado, é imprescindível considerar os diferentes entendimentos possíveis do que é uma urgência ou uma emergência. Jacquemot²⁶, ao estudar perspectivas de urgências e emergências de profissionais de saúde e de usuários, trouxe à tona que existem diferentes entendimentos para tais conceitos. Por um lado há a visão médica e técnica desses conceitos, com definições “singularizantes” e “automatizadas” em relação às outras esferas da vida que não a biológica. Por outro lado, há a definição social dos que não possuem o conhecimento técnico, porém têm a carga cultural e social embutida, que determinarão sua própria classificação de uma urgência, configurando basicamente o que pode por sua vida em risco.

Dessa forma, muitas vezes há o desencontro entre entendimentos de especialistas e usuários, e assim a autora conclui que os entendimentos de urgência são plurais e devem ser analisados nos seus diversos contextos e participantes²⁶. Dessa forma, as discrepâncias de visão de urgência entre profissionais e usuários, tal como demonstrado no atual estudo, demonstra uma grande dificuldade de padronização. Consequentemente, uma análise completa com os diferentes pontos de vista deve ser realizada para entendimento da procura com a devida contextualização de cenários e circunstâncias.

A deficiência de resolutividade e de acesso aos serviços de atenção à saúde, sem adequada referência e contrarreferência entre os serviços e articulação entre as redes de cuidados representam um caminho de peregrinação dos usuários do SUS²⁷. Dentre os 106 acompanhantes que disseram ter procurado auxílio prévio em outros serviços, os locais mais buscados foram as UPAS em primeiro lugar (41%), seguido das UBS (22%). Tal resultado demonstra que grande parte dos usuários ainda buscou auxílio nos níveis de atenção primária e secundária antes de recorrer ao PS. O pressuposto pelo SUS é que haja UBS e UPAS como os locais mais próximos às pessoas, com cobertura populacional abrangente e alta resolutividade²⁸. Entretanto, sabe-se que na realidade atual, a escassez tanto de estrutura física, quanto de pessoal, principalmente nos níveis de atenção primária e secundária é uma questão presente e que gera dificuldades de acesso à população²⁹. Dessa forma, esperar uma procura escalonada aos serviços de saúde pelos usuários, sendo que a resolutividade dos serviços não ocorre como deveria, por vezes não é algo razoável.

A maioria dos que buscaram auxílio em outros locais previamente, relatou ter ficado insatisfeita com o atendimento por diferentes razões. Enquanto os que haviam procurado previamente a UPA como apoio queixaram-se de questões relativas ao quadro de saúde (insatisfação por discordar com o diagnóstico ou com a conduta tomada pelo médico, ou que a conduta tomada não foi resolutiva), quem havia procurado a UBS queixou-se principalmente de problemas estruturais (não ter conseguido atendimento médico, não haver médico no local). Assim, novamente é relevante entender os dois pontos de vista, dos usuários e dos profissionais, para se chegar mais perto do real entendimento da situação. Ao analisar tais resultados, pode-se sugerir que o funcionamento do sistema apresenta erros, pois apesar dos possíveis esforços dos profissionais, a resolução de problemas como horários de funcionamento e capacidade de atendimento extrapolam seus papéis profissionais.

O que fica claro no presente estudo é a oposição entre o principal fator de insatisfação em relação aos outros serviços procurados previamente e a principal razão citada para procura ao PS. Ou seja, reforça-se como principal aspecto valorizado pelos cuidadores a confiança e a crença de resolutividade no serviço (no hospital) e que estes estão mais claramente relacionados aos serviços de atenção terciária. Oliveira et al.³⁰ reforçam tal conceito, demonstrando que a acessibilidade, a confiabilidade e a resolutividade foram os fatores essenciais que os usuários levaram em conta para a escolha dos serviços. Além disso, demonstraram que tais fatores têm pendido mais à procura por PS, não por que os PS e os hospitais sejam locais ideais, mas pela imagem denegrida das UBS e UPAS. Este conceito também é reforçado por Mendes³¹, que explicita que também há um conceito equivocado de complexidade que leva a população a subvalorizar a atenção primária por considerar que ela seja menos preparada tecnologicamente.

Outra possibilidade que pode ser refletida para o entendimento dos principais motivos de insatisfação dos cuidadores é a análise conjunta do tempo em que ocorreu a procura prévia. Quarenta e dois por cento alegaram ter ido a um serviço em até 24 horas antes de estarem no PS, o que representa um tempo curto de reavaliação. Uma possível suposição seria o fato de que os pais não tenham sido devidamente orientados em relação à evolução da doença, uso de medicações e acompanhamento do quadro com atenção aos sinais de alarme, além de devidas orientações para procurar novamente o serviço se necessário. Porém, também há a possibilidade de ansiedade dos pais e preocupação exacerbada em relação ao quadro de saúde, com reforço de tal hipótese ao considerarmos a visão de urgência referida pelos pais (68% consideraram que o quadro atual da criança seria uma urgência).

Mais da metade (56%) dos cuidadores relatou que a criança realizava consultas de rotina, sendo existentes na literatura alguns fatores nessas consultas que podem ser determinantes para a ida ou não ao PS. Primeiramente, uma das características é a presença de um atendimento de atenção primária de “alta qualidade”, que é principalmente mensurado nos estudos por: “prestadores de cuidados primários que respeitam o que os pais têm a dizer”, “que ouvem atentamente”, “que passam tempo suficiente com as crianças”, refletido principalmente nas visitas entre os menores de 2 anos^{17,32}. Outros autores demonstraram como fator determinante a continuidade nas consultas de puericultura, caracterizada por um maior número de consultas com o mesmo médico, e com isso determinaram que pacientes de baixa continuidade apresentaram um aumento de risco de utilizarem o PS e de serem

hospitalizadas³³. Ou seja, pode-se entender que o fato de ter consultas ou ter acesso à atenção primária varia como fator de procura ao PS conforme a avaliação de outros fatores (como qualidade e frequência), que não apenas a realização de consulta.

Na questão de educação em saúde, foi demonstrado que na maior parte dos casos os cuidadores referiram não ter recebido informações, especialmente em relação às diferenças entre os níveis de atenção. Pais sem habilidade para reconhecimento entre quadros de saúde que representem ou não uma situação de urgência tendem a ficar inseguros e não terem discernimento para avaliar se a condição de seu filho é autolimitada, se pode ser tratada em casa, se deve ser vista em um ambiente de atenção primária ou se requer atenção imediata em um PS³⁴. Outros autores também demonstraram que uma considerável parcela dos responsáveis relatava não ter sido informada por profissionais da saúde sobre sinais para identificação de um quadro de urgência e/ou uso adequado do PS^{10,11,24}. Em adição a isso, May et al.²⁴ e Freitas et al.²⁷ demonstraram que pais com menor educação em saúde além de superestimarem os sintomas e a gravidade dos filhos, procuram atendimento imediato mais precocemente. Em contrapartida, cuidadores com mais conhecimento relataram buscar segurança para o gerenciamento contínuo da doença e valorizaram os relacionamentos próximos com seu médico, além de estarem dispostos a esperar mais tempo por uma consulta e terem mais segurança de iniciar algum cuidado em casa.

A transmissão da educação em saúde é fortemente dependente dos profissionais de saúde atuantes e da sua colaboração nessa função, pois eles representam as principais fontes de informação perante a população. Com foco à área médica, pode-se avaliar a formação acadêmica que, no Brasil, tem em seu histórico eixos norteadores que foram principalmente centrados de modo tecnocientífico e sob a ótica estritamente dos processos patológicos, tendo sido pouco explorado o aprendizado para a realidade social em que são inseridos na prática médica³⁵. Atualmente, os cursos de medicina passam por um processo de adaptação de currículo reelaborado com direcionamento para a conexão da formação médica com os serviços públicos de saúde, em busca de que as práticas de saúde sejam norteadas na produção da integralidade e da humanização do cuidado. Tais mudanças curriculares foram propostas principalmente a partir de 2001, quando as Diretrizes Curriculares do Ensino Médico foram pautadas pelo Conselho Nacional de Educação, tendo como eixo central o papel social do aparelho formador³⁶. Pode-se esperar, com base em tais mudanças curriculares, um novo olhar gerado sobre o sujeito como indivíduo e suas complexidades sociais e sobre a produção do

cuidado na atenção básica. A conscientização desde a formação dos futuros atuantes em saúde de que serão formadores de opinião e também educadores em saúde é fundamental para melhores resultados em todo o processo de atenção.

A partir do atual estudo e com base em resultados já alcançados em pesquisas prévias, sugere-se a concentração de esforços e investimentos em dois principais campos como propostas de resolução às visitas não urgentes aos PS, o do acesso à atenção básica e o da educação em saúde aos responsáveis. Primeiramente, melhorar o acesso aos serviços de atenção básica e incentivar a puericultura com adequada continuidade dos cuidados das crianças, com a construção de um relacionamento médico-paciente de confiança, além de proporcionar melhor atenção à criança, faz com que ocorra um melhor entendimento do uso de recursos médicos^{10,12,20}. Por fim, prover um sistema adequado de acolhimento nas UBS e possibilitar marcação de consultas no mesmo dia para queixas agudas, além de melhorar a comunicação com a equipe de saúde com os pacientes e prolongar o horário de expediente são algumas sugestões para melhorar o acesso à atenção primária¹⁰. A segunda medida que é também proposta por alguns autores com resultados expressivos é a melhora da educação em saúde dos responsáveis. Os pais desejam receber informação e a melhora da compreensão sobre doença aguda, gravidade da doença, onde e quando procurar atendimento pode levar a uma redução no uso não urgente dos PS^{10,22,37}.

CONCLUSÃO

Procurar entender a visão do usuário do sistema é fundamental para compreensão dos motivos e de como ocorre a procura por serviços de saúde, para que se pense em um possível remodelamento do sistema assistencial. Sem entender a vulnerabilidade da população, seus medos, suas crenças e seu caminho percorrido em busca de auxílio, é provável que julguemos erroneamente suas condutas, avaliando apenas o ponto final, a chegada “inadequada” ao PS. É importante que a parte assistencial capacitada (médicos, enfermeiros e todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde) tente compreender a trajetória dos usuários para que assim haja um sistema de acolhimento e humanizado e que sirva prontamente aos cidadãos.

Além disso, foi demonstrada a importância da população ter acesso à saúde básica como um fator para reduzir as visitas não urgentes ao PS. Provavelmente enquanto áreas de saúde estiverem descobertas de médicos, faltarem senhas para atendimento de acolhimento, faltarem medicações nas UBS, os usuários procurarão resolver seus anseios e suas

preocupações à sua maneira, procurando a porta de entrada ao seu alcance até que seja atendido e acolhido.

Partindo dos resultados e discussões deste estudo, pretende-se alertar à comunidade dos pediatras e médicos em geral sobre as angústias e anseios dos pais e apresentar uma visão “do outro lado da mesa de atendimento”, que muitas vezes não é compartilhada pelos profissionais de saúde e propor que haja uma visão empática de todo processo de doença e de procura de auxílio que ocorre pelos cuidadores.

O estudo apresentou algumas limitações. Por ter sido um protocolo extenso e aplicado por meio de um entrevistador, consequentemente tivemos uma amostra reduzida e selecionada por conveniência, além de tempo limitado. Também por se tratar de um pronto-socorro de uma unidade hospitalar, pode representar uma limitação à análise com outras unidades. Deve-se levar em consideração ainda, como limitação já citada previamente também em outros estudos da área, a classificação utilizada para caracterizar os não urgentes ser proveniente da própria instituição, podendo limitar maiores comparações.

Para o futuro, propõe-se uma ampliação do estudo, com aplicação de questionário aberto para as principais razões de procura, buscando uma análise qualitativa e mais aprofundada da questão.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2077/14 de 24 de julho de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.
2. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AACA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr* 2005; 81(3):251-258.
3. Caccia-Bava MC, Pereira MJB, Rocha JSY, Martine EZ. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. *Medicina (Ribeirão Preto Online)* 2011; 44(4):347-54.

4. Sturm JJ, Hirsh D, Weselman B, Simon HK. Reconnecting patients with their primary care provider: an intervention for reducing nonurgent pediatric emergency department visits. *Clin Pediatr (Phila)* 2014; 53(10):988 –994.
5. Wong AC, Claudet I, Sorum P, Mullet E. Why do parents bring their children to the emergency department? A systematic inventory of motives. *Int J Family Med* 2015; 2015:10p.
6. Rati RMS, Goulart LMHF, Alvim CG, Mota JAC. “Criança não pode esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Cien Saude Colet* 2013; 18(12):3663-3672.
7. Vedovetto A, Soriani N, Merlo E, Gregori D. The burden of inappropriate emergency department pediatric visits: why Italy needs an urgent reform. *Health Serv Res* 2014; 49(4):1290-1305.
8. Rafael MS, Portela SL, Sousa P, Fernandes AC. Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. *Sci Med* 2017; 27(1):1-8.
9. Phelps K, Taylor C, Kimmel S, Nagel R, Klein W, Puczynski S. Factors associated with emergency department utilization for nonurgent pediatric problems. *Arch Fam Med* 2000; 9:1086-1092.
10. Berry A, Brousseau D, Brotanek J M, Tomany-Korman S, Flores G. Why do parents bring children to the emergency department for nonurgent conditions? A qualitative study. *Ambul Pediatr* 2008; 8(6):360-367.
11. Kubicek K, Liu D, Beaudin C, Supan J, Weiss G, Lu Y, Kipke MD. A profile of nonurgent emergency department use in an urban pediatric hospital. *Pediatr Emerg Care* 2012. 28(10):977-984.
12. Fieldston ES, Alpern ER, Nadel FM, Shea JA, Alessandrini EA. A qualitative assessment of reasons for nonurgent visits to the emergency department - Parent and health professional opinions. *Pediatr Emer Care* 2012; 28(3):220-225.

13. Arrué AM, Neves ET, Buboltz FL, Jantsch LB, Zanon BP. Demanda de um pronto-socorro pediátrico: caracterização dos atendimentos de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line* 2013; 7(4):1090-1097.
14. Oliveira, TMV. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. *Rev Administração On Line* [periódico na internet]. 2001 – Jul-Set [acessado 2018 Set]; 2(3): [cerca de 16p.]. Disponível em: https://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm
15. Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2008; 20(2):186-194.
16. Carmo H, Ferreira MM. Amostragens não probabilísticas. In: Carmo H, Ferreira MM. *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*. 2. ed. Lisboa: Universidade Aberta; 2008. p. 215-219.
17. Brousseau DC, Hoffmann RG, Nattinger AB, Flores G, Zhang Y, Gorelick M. Quality of primary care and subsequent pediatric emergency department utilization. *Pediatrics* 2007; 119(6):1131-1138.
18. Vinelli NF, Mannucci C, Laba NI, Del Vecchio L, Valerio A, Lago MI, Nieto MM. Consultas no urgentes al departamento de urgencias de un hospital pediátrico. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(1):8-13.
19. Benahmed N, Laokri S, ZhangWH, Verhaeghe N, Trybou J, Cohen L, De Wever A, Alexander S. Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. *Eur J Pediatr* 2012; 171(12):1829–1837.
20. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about Fevers. *Am J Dis Child* 1980; 134(2):176- 181.
21. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics* 2001; 107(6):1241-1246.

22. May M, Brousseau DC, Nelson DA, Flynn KE, Wolf MS, Lepley B, Morrison AK. Why parents seek care for acute illness in the clinic or the ed: the role of health literacy. *Acad Pediatr* 2018; 18(3):289–296.
23. Oliveira A, Guerra MP, Peralta L, Almeida S, Cunha FI, Bicho A. Serviço de urgência pediátrico: casuística de um hospital com serviço de pediatria geral. *Saúde Infantil* 2010; 32(2):53-58.
24. Kalidindi S, Mahajan P, Thomas R, Sethuraman U. Parental perception of urgency of illness. *Pediatr Emerg Care* 2010; 26(8):549-553.
25. Freitas AC, Moreira AR, Tomé S, Cardoso R. Motivos de recurso ao serviço de urgência pediátrica. *Nascer e Crescer* 2016; 25(3):136-140.
26. Jacquemot AC. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
27. Buboltz FL. *Ações de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir do seu universo sociocultural* [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2013.
28. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2012.
29. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2008, 24(1):100-110.
30. Oliveira LH, Mattos, RA, Souza AIS. Cidadãos Peregrinos: os ‘usuários’ do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1929-1938.
31. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2011.
32. Alele FO, Emeto TI, Callander EJ, Watt K. Non-urgent paediatric emergency department presentation: a systematic review. *J Paediatr Child Health* 2018; 55(3): 271-277.

33. Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FA. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. *Pediatrics* 2001; 103(3):524-529.
34. Yoffe SJ, Moore RW, Gibson JO, Dadfar NM, McKay RL, McClellan DA, Huang TY. A reduction in emergency department use by children from a parent educational intervention. *Fam Med* 2011, 43(2):106-111.
35. Machado CDB, WuolA, Heinzle M. Educação médica no brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. *Rev Bras Educ Med* 2018,42(4):66-73.
36. Nogueira M I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med* 2009, 33(2):262-270.
37. McWilliams DB, Jacobson RM, Van Houten HK, Naessens JM, Ytterberg KL. A program of anticipatory guidance for the prevention of emergency department visits for ear pain. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008, 162(2):151-156.